Commission on the Future of Health Care in Canada

Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada

DISCUSSION PAPER NO. 10

Funding and Production of Health Services: Outlook and Potential Solutions

by

Jean-Luc Migué

The Fraser Institute

August 2002

The views expressed herein are solely those of the author and do not necessarily reflect those of the Commission on the Future of Health Care in Canada.

103-00512/

Contents

Highlights iv

Executive Summary v

The System Today 1

I. Possible Sources of Funding 2
Injection of Public Funds and Taxation 2
Federal Transfers Tied to Growth of Elderly Population 3
Reforms to Structure of Health Industry 4
Charging Public Insurance Premiums 6
Copayment Contribution Scheme Operated through the Tax System 6
Billing Through Issuance of Taxable Income Deductions or Tax Credits 7

II. Principles and Values Underlying Today's System 8
Material Considerations Not Supposed to Come Into Play 8
No Fees: Guarantee of User's Autonomy? 9
No Fees: Symbol of Compassion? 9
Billing of Services: Obstacle to Universal Access? 10
Egalitarianism: Guarantee of Equity? 11
Public Monopoly of Production: Guarantee of Universal Access? 11

III. The System in Place and Efficiency 13
Incentives for Consumer-Patients 13
Incentives for Physicians 13
Incentives for Hospitals, Service Units 13

IV. Administrative Costs of Current System and Optimal System 14

V. Promising Avenue: Individual Health Savings Accounts or Their Equivalent, the Tax Credit 15
Assessment 15
Experimentation 17

VI. Compatibility with the *Canada Health Act* 19

VII. Conclusion 20

Bibliography 21

Highlights

The author begins by reviewing the conceivable sources of funding, namely the injection of public funds, prefunding of the federal share on the basis of the growth of the elderly population in each province, controlling costs through simple changes in the structure of the Canadian health care industry, charging public insurance premiums which are nothing more than a mechanism of the tax system, partial incorporation of the value of health services into the taxable income of the individual receiving these services, and issuing users a credit that would be deducted from their personal income tax. This credit would be reduced by the value of the services received by the individual during the year. This latter formula can be likened in substantive terms to an individual health savings fund.

The author opines that the incentives for all agents of the system must be changed. Individual choices and private production have been shunted aside, profit (the reward for innovation) has been done away with, private capital has been criminalized, and then we bemoan the fact that the health system lacks investments and that it is not innovative.

In the second section, the author reflects on the core values associated with the Canadian system. Among the myths he seeks to debunk, the author takes up the assumption that financial considerations must not enter into people's decisions to avail themselves of services. He also rejects the assumptions that official comprehensiveness, i.e., non-billing, gives patients/consumers freedom of choice, that the non-billing of consumers and the transfer of the burden onto the overall tax system are the symbol of social justice, and that the billing of services would preclude a guarantee of universal access. The embodiment of this vision of things is the spectre of a two-tiered system. The author also criticizes the system's underlying egalitarianism and the link that is made between universal access and production in a public monopoly.

In a later section, the author posits that, in the present conditions, the system lacks favourable incentives for its agents.

Last, the author presents a promising avenue: the accumulation by individuals of personal health savings funds, which are not taxable or publicly funded, or its equivalent: the issuance of a deductible personal income tax credit. The essential aspect of this arrangement is that the fund belongs to the individual, which makes him the ultimate beneficiary of the thrift he shows in managing his health fund or tax credit. Public and private service providers would receive their money from the patients, but indirectly from the government.

The author feels that the introduction of a health savings fund system financed by the public treasury (or the tax credit) is unlikely to conflict with the principles of universality, accessibility, portability or public administration, since it only involves public financing mechanisms.

Executive Summary

Modes of Funding

The author begins by reviewing the conceivable sources of funding. With regard to the injection of public funds, he feels that increased public spending and a heavier tax burden would not solve the system's shortcomings. There is no observable relationship between per capita public spending and waiting times.

Prefunding of the federal share on the basis of the growth of the elderly population in each province would offer the benefit of easing the burden of intergenerational transfers associated with the ageing of the baby boomers. But if there is a lot to be said for prefunding, why not encourage its emergence within the population itself? This was done to resolve a similar issue with RRSPs. Ultimately, the notion of federalism and provincial responsibility is dissolving.

Many analysts feel it is illusory to believe that controlling costs involves nothing more than managerial reforms and simple changes in the structure of the Canadian health care industry. It is the incentives for all the agents of the system that must be changed. In the debate with the provinces on allocation of federal funds as part of the social union, the federal minister wanted to make his magnanimity with public funds contingent upon implementation of structural reforms by the provinces. Another grandiose plan, evocative of the major social projects of the 1960s, is contained in the report of the Clair Commission.

A more specific and more recent study on institutional structure criticizes the current public system for paying separately for each component of the production process, without regard for the integration requirements between the public authority, hospitals, hospital physicians and front-line doctors. The approach basically seeks to bring about an "internal market" of services and thereby restore good incentives for certain agents. But if the incentives traditionally associated with the functioning of a market are so desirable, why settle for imitations? The fact is that individual choices and sometimes private production have been shunted aside, profit (the reward for innovation) has been done away with, private capital has been criminalized, and then we bemoan the fact that the health system lacks funds and investments and that it is not innovative.

When it comes to public insurance premiums, to the extent that they are in no way linked to the use of services, the formula must be seen as a component of the overall tax system, a sort of capitation, rather than a health services fee or deduction.

There has also been a proposal to partially incorporate the value of the health services dispensed into the taxable income of the individual receiving them. Another mechanism would see users issued a credit that would be deducted from their personal tax. This credit would be reduced by the value of the services they received during the year. This latter formula can be likened in substantive terms to an individual health savings fund, in that the credit is basically a non-taxable allowance that can be used to absorb health services fees.

The myriad funding formulas examined would no doubt raise consumer awareness to a certain extent, but would not change the regrettable incentives for providers (i.e., physicians, hospitals and other service units) and for the politicians themselves.

System's Underlying Values

In the second section, the author reflects on the core values associated with the Canadian system. An initial assumption concerning the system holds that financial considerations must not enter into people's decisions to avail themselves of services. According to this argument, the patient knows what his medical needs are and the medical treatment is of a strictly professional and scientific nature. But we as individuals differ from one another in our inclination to take risks with our health. The uncertainty surrounding the choice of treatment also rules out the idea that there is only one standard, indispensable treatment. The market has its place in health care.

A second assumption of the existing system holds that its official comprehensiveness, i.e., non-billing, gives patients/consumers freedom of choice, autonomy and supremacy. In reality, in our system it is the political-bureaucratic apparatus that determines resource allocation and the system's capacity.

A very Canadian tradition holds that the non-billing of consumers and the transfer of the burden onto the overall tax system are the expression of the people's wills, the symbol of social justice, the expression of the meaning of compassion that animates the Canadian soul. But the market is also a powerful reflection of social values. In reality, the public's apparent affection for socialized medicine has less to do with the noble ideal of compassion than it does with the desire of the many to access unlimited services – as long as someone else picks up the tab.

Another common myth: if services were billed, it would preclude a guarantee of universal access. The embodiment of this vision of things is the spectre of a two-tiered system. But this is at odds with theory and experience. By fostering the growth of private additional capacity, most countries have managed to ease cost pressures on the public system. And it is individuals in lower socio-economic brackets who have often gained the most.

It can also be stated that the system's underlying egalitarianism is immoral in that it rewards that segment of the population that shows no concern for the medically deleterious consequences of its lifestyle.

In another widespread myth, an association is generally made between universal access and production in a public monopoly. But there is no relationship between the goal being sought, i.e., universal access to care, and the mechanism of public monopoly production. Funding is dissociated from production.

Incentives and Efficiency

In a later section, the author posits that an efficient system must put in place favourable incentives for all agents of the system. In the present conditions, this is not being done.

Non-billing generates on the part of users an excessive and inefficient demand for services. Thanks to its success in integrating into one process the production of services and health insurance, managed care has been able to curb user abuses and elicit desirable behaviour among providers.

Promising Avenue

The accumulation by individuals of personal health savings funds, which are not taxable or publicly funded, or it's equivalent: the issuance of a deductible personal income tax credit. The essential aspect of this arrangement is that the fund belongs to the individual, which makes him the ultimate beneficiary of the thrift he shows in managing his health fund or tax credit. Public and private service providers would receive their money from the patients, but indirectly from the government. In this way, the formula influences supply as much as demand.

This formula has spread to economies as diverse as Singapore, China, South Africa and the United States. The Americans have already tested out this formula at both the public and business level.

Compatibility with the *Canada Health Act*

The introduction of a health savings fund system financed by the public treasury (or the tax credit) is unlikely to conflict with the principles of universality, accessibility, portability or public administration, since it only involves public financing mechanisms. In its public funding version, it does not charge users directly.

The System Today

Without examining the question methodically, we will take it for granted throughout the study that the current system suffers from irremediable flaws, which take the following forms. Waiting times are long and getting longer (Walker and Wilson 2001). The impact of this shortcoming on the public's health and well-being is real (Statistics Canada 2001; North American Association of Central Cancer Registries 2001). Accessibility remains unequal, notwithstanding official claims. The quality and quantity of care (waiting time, access to physicians, specialists, care units and drugs, life expectancy, surgery rates, survival rates, interest and respect shown patients, treatment obtained abroad, composition of services offered, and treatment reserved for military personnel, for people who are well-connected and for political leaders) vary by region and by income (Canadian Institute for Health Information 2001; Solomon 1998; *National Post* 1999; Statistics Canada 2001; and Blendon 2000). Access to cutting-edge technology is limited (OECD 2001; Blendon 2000). Services continue to be delisted for budgetary reasons. There is a widespread shortage of qualified staff (Canadian Institute for Health Information 2001).

I. Possible Sources of Funding

Conceivable sources of funding are not unlimited. Taxes can be increased, additional public monies can be injected, and the formula for federal transfers to the provinces can be amended in a variety of ways, for example by prefunding these transfers and linking them to growth in the older population in each province, controlling costs by changing the structure of the health industry and charging insurance premiums (higher premiums in certain provinces). There are at least four different methods whereby users can be required to assume some of the costs of the services they receive.

Injection of Public Funds and Taxation

The Commission has wisely asked for an analysis of options outside of the first hypothesis. Increased public spending and a heavier tax burden would not solve the system's shortcomings. This somewhat pessimistic diagnosis is in line with the findings contained in the recent studies commissioned by the Governments of Alberta, Ontario and New Brunswick, as well as the preliminary reports of the Senate committee on health care and the Romanow interim report of February 2002.

In any event, it is an established fact: there is no relationship between per capita public spending and waiting times. No relationship has been observed between changes in public spending on health and the number of procedures per capita (Zelder 2000). As an illustration, Saskatchewan ranks third in per capita expenditures, but the waiting time between a doctor's referral and treatment was 34.5 weeks in 2000 (as against an average of 14 weeks in Canada). The way everything works under the current system, it is as though the resources injected are simply swallowed up by salary increases, higher prices or various uses without benefit to users.

Pumping resources into a system with perverse incentives can only make things worse – and increased spending does nothing to change the system's incentives. At best, it only offers a reprieve, especially when it comes to foreseeable demographic and technological change. The formula would shore up the system just enough to appease the loudest critics and to keep the public at its tolerance threshold.

Public Spending on Health: Source of Economic Prosperity?

One of the myths perpetuated in Canada has it that Canada's heavy tax burden in comparison with that of its neighbour to the south stems from the funding of the public health plan. Public funding, or so the argument goes, saves employers from having to assume the cost of their employees' health insurance and, in so doing, attracts capital and qualified workers (Romanow 2002). This interpretation does not stand up to analysis; when the facts are presented, it does not bear scrutiny. First, American employees *choose* to be remunerated in non-taxable health services, rather than in higher wages. Furthermore, the higher tax burden in Canada is ultimately shouldered by Canadians, and this dampens growth.

According to a recent report by the OECD (2001), Canadian governments spend 40.9% of the entire national output (GDP) on goods and services. Spending by American governments accounts for 29.4% of US GDP. This means that Canadian governments spend 39.1% more (as a percentage of GDP) than American governments. Tax-wise, Canadian governments take in 44.3% of GDP in tax revenues, compared to 31.6% in the case of the Americans. From this, we can conclude that Canada's tax load is some 40% larger than that of our neighbours.

If these differences were applied to health budgets, public spending on health would be about 40% higher than what it is in the United States. It is nothing of the sort, however. In fact, Canadian governments allocated $1,738 per person for health care in 1999, as against $1,938 in the United States. However, American governments earmarked 5.7% of GDP for health care, while the Canadian figure was 6.6%, a miniscule difference of 0.9%. Canada's inability to meet its needs for services stems in large part from its low standard of living relative to its potential.

Federal Transfers Tied to Growth of Elderly Population

William Robson of the C. D. Howe Institute (Robson 2001) proposes replacing the current ad hoc federal grants system with a formula of transfers to the provinces tied to growth of the 65-and-over population in each of the provinces, and at the same time accumulating in a specific federal fund a portion of this future transfer budget (at a rate of $3,000 per person aged 65 and over in each province). He estimates the future liability associated with ageing at about $530 billion in present value terms, i.e., 50% of current GDP or twice the value of the existing provincial debt. As Robson indicates, pre-funding would offer the benefit of reducing the cost of the baby boomers' health care to the next generation.

There is a lot to be said for the perspective that heavier use of health services as people age should instil in the members of the labour force a desire to realize savings. The principle of pay as you go incorporated into the current system of public funding is even responsible to a great extent for the implicit negligence people are showing in the present conditions. The Robson formula, by assigning the federal government the task of pre-funding, entrusts the responsibility to the entity, which for 40 years has not seen fit to perform this task itself or to provide the public with the right incentives to save. In short, if there is a lot to be said for pre-funding (and there clearly is), why not encourage its emergence within the population itself? This was done to resolve a similar issue with RRSPs.

And should we be basing future transfers to a province on the proportion of old people it has? If the answer is yes, the formula should be extended to all functions shared by the two levels of government, including higher learning (which would be based on the number of people between the ages of 18 and 25), social assistance, regional development and, why not, the road network (transfers based on the size of the territory). Ultimately, the notion of federalism and provincial responsibility is dissolving. The federal government is taking on everything, at least all functions that have a variable budget. The Robson analysis is more a study of federalism than a study of health funding.

The Robson plan also raises the question of the impact of this massive transfer on the provinces' policies and by extension on economic growth. The question of the influence of equalization programs and cost sharing has been hotly debated in Canada for some years now. If the provinces with a younger future population must subsidize the provinces whose populations are ageing more rapidly, can we not expect to see an intensification of the provincial anti-growth policies historically associated with other transfer formulas? At the very least, we can expect that the formula will hardly be of the type to attract the youngest and the most entrepreneurial in less well-off regions.

All the more so since the Robson formula leaves unresolved the question of what to do with the $185 to $190 billion that the seniors health care accounts would produce.

Reforms to Structure of Health Industry

Many analysts feel it is illusory to believe that the flaws in our system can be addressed merely through managerial reforms and better planning. The reforms of the 1990s were predicated on the illusion that closing hospitals and cutting staff would achieve significant savings, that reducing the supply would eliminate the excessive demand for services and that no unfavourable consequences would ensue. The only additional reform to implement was to turn doctors into civil servants by putting them on salary instead of paying them on a fee-for-service basis. It was claimed that this change would make it possible to adjust the supply to the demand from high up through micro-management.

In the debate with the provinces on allocation of federal funds as part of the social union, the federal minister wanted to make his magnanimity with public funds contingent upon implementation of structural reforms by the provinces! Doctors, who serve as the gateway to the system, would be encouraged to form group clinics capable of offering services around the clock, so as to divert non-critical patients from the hospital. The doctors would receive a capitation (an annual fee per patient) rather than being paid for their services on a fee-for-service basis. A second mechanism for diverting patients from the hospital: implement a broad home care program.

Another grandiose plan, evocative of the major social projects of the 1960s, is contained in the 400-page report of the Clair Commission, which presented its all-encompassing blueprint for a socialist revolution early in the year 2000. Armed with the wisdom acquired from four public forums and consultations with 6,000 people (an affront to the 7,366,448 other individuals who, according to Statistics Canada, inhabited Quebec in the year 2000), the report was termed the "big bang" of health by the bewitched media. An essential creation comprising "family medicine groups," specialists' offices defined as "extensions of the hospital," an insurance plan to guard against the senility that lies in store for all of us, even the "national investment *corvées*" to upgrade the technological capacity and real estate holdings of the hospitals, all in the name of *solidarity*, without which we are condemned to plunge back down into the icy waters of US-style individualism – a stark reminder of what Quebec was like prior to the public health system.

A more specific and more recent study of institutional structure comes from the C. D. Howe Institute (Donaldson, Currie and Mitton 2001). The authors criticize the current public system for separately remunerating each component of the production process, without regard for the integration requirements between the public authority, hospitals, hospital physicians and front-line physicians. Hospitals do not have the power to manage the activities of physicians, and yet these physicians determine where most of the services are allocated in hospitals. Physicians also have the power to determine the allocation of resources, but owing to their mode of remuneration, they lack the responsibility (financially speaking) that leads them to optimize the functioning of the institution. Their solution: give regional health authorities greater discretion regarding the use of their resources, while getting hospitals and other suppliers to compete more with one another. In this way, hospitals could be converted into financially autonomous businesses that would sell their services to regional authorities or front-line physicians, each in competition with one another. Another formula would consist in making funding available to front-line physicians, who in turn would "purchase" services from hospitals and other providers. Lastly, the authors propose that, as is the case in a real market, integration proceed via the patient through individual health savings funds.

Apart from the latter option, the authors' approach basically promotes an "internal market" of services and thus the restoration of good incentives for certain agents by introducing mechanisms resembling those of a pure market. This clever idea is based on a sound principle. The authors have an intimate knowledge of institutional workings. If adopted, their ideas would undoubtedly improve the system.

Their undeniable contribution to our knowledge of Canadian processes raises two fundamental questions. The first, common to most proposed reforms having to do with funding and public production, can be summarized as follows: if the incentives traditionally associated with the functioning of a market are so desirable, why settle for imitations? The authors very lucidly call for the introduction of more favourable incentives, of alternate formulas that would bring patient and provider incentives more directly into line in terms of efficiency requirements, without opting for the formula on which they are all based, i.e., the introduction of an explicit market system. Clearly, it is their concern for realism and political pragmatism that inspires them, as much as their convictions as economists.

Their ambitious approach brings us to the second question, which has even broader implications than the first. What is the optimal structure of an industry such as the health care industry and, more important, how do we go about discovering and implementing it? How does such integration take place in a real market? It is price and profit outlook that drive entrepreneurs and get them to constantly adjust to preferences, new technologies, and the most efficient modes of production and organization. But this process of "creative destruction" was banished from the hospital industry. Individual choices and private production have been done away with, profit (the reward for innovation) has been done away with, private capital has been criminalized, and then we bemoan the fact that the health system lacks funds and investments and that it is not innovative.

Analysis and history have shown that the command and control of an entire industry, in the manner of the former Soviet Union, are the stuff of what Nobel laureate Hayek called the fatal

conceit: the entirely Cartesian pretension of believing that a central organization, even a democratic one, can obtain all the information needed to integrate the billions of relationships that this task involves; the pretension of believing that through central directives to subsidiaries and administrators, the dynamic nature of an innovative, efficient business can be reproduced.

Under the current system, the central organization must integrate each of the province's hospitals into its framework, anticipate each region's needs for the next generation and plan the opening and closing of hundreds of facilities, all the while relying on computer models, predictions and other mechanisms used by planners.

Charging Public Insurance Premiums

Another avenue presents itself: charging additional insurance premiums, which would go to the public monopoly system; these would either be standard or tied to income. This is one of the formulas selected by the Government of Alberta at the suggestion of the Mazankowski report. Charging these premiums (or increasing existing ones) is a form of fiscal levy that would affect the distribution of the tax burden but not the incentives for consumer-patients and other producer agents of the system. To the extent that the premiums are in no way linked to service use, the formula must be seen as a mechanism of the overall tax system, a sort of capitation, rather than a health services fee or levy.

Copayment Contribution Scheme Operated through the Tax System

In a study prepared by the C. D. Howe Institute (Aba, Goodman and Mintz 2002), the authors propose that the value of the health services an individual or family obtains be partially incorporated into their taxable income. The heavier the burden imposed on the system by the user, the more he would contribute to its funding (capped at 3% of income, and nil for an income under $10,000). Instead of charging all service consumers a flat rate, as is the market practice, the implicit price would vary according to the income of the service recipient. Economists call this practice a form of price "discrimination" (without any moral connotation), since elasticity of demand is lower at high income levels. Estimating that average elasticity varies from 1.7 to 7.0%, the authors calculate overall cost savings of about $6.3 billion in 2000. The tax revenue that the levy would generate (estimated at $6.6 billion) would go toward reducing personal income tax rates. Naturally, the formula would involve developing a form of service cost calculation that does not currently exist. A huge database would need to be created to charge each taxpayer user's account with the value of the services consumed during the year (MacIntosh 2000). Combined with a smart card or a debit card, which would record how much each person consumed, as suggested by the Mazankowski report, this value would be calculated as taxable income (dummy invoices).

Billing through Issuance of Taxable Income Deductions or Tax Credits

In a paper presented at a Commission-sponsored roundtable hosted by the C. D. Howe Institute, two analysts (Reuber and Poschmann 2002) assess the impact on consumption and on public spending of four levy mechanisms linked to usage via the tax system. The first would levy a fee through partial incorporation of the value of the service into the person's taxable income. In this regard, the formula is in line with the scheme examined by Aba, Goodman and Mintz (above). The second approach would see the user issued a taxable income deduction, which would be reduced by the value of the services he used during the year. The third version involves a credit applicable to tax payable, which would replace the deduction. As we can see, the latter formula can be likened in substantive terms to an individual health savings fund, in that the credit (say $1,000) is basically a non-taxable allowance that can be used to absorb health services fees.

The authors methodically (as much as they can when dealing with nothing more than working hypotheses) go about gauging the impact of these various approaches on service use and on tax savings per Albertan and Ontarian family.

The myriad formulas examined will no doubt raise consumer awareness to a certain extent, but will not change at all the regrettable incentives for providers, i.e., physicians, hospitals and other service units, and for the politicians themselves. They will not do anything to restore the virtues of competition, efficiency and innovation. They risk giving the principle of billing a bad name.

To the extent that the State continues to allow itself a monopoly on production, the rate thus introduced would be a political (and therefore arbitrary) price, dissociated from the real cost of the services. Which services would it apply to, what level should it be set at, to whom should it be charged? There is an infinite number of conceivable combinations and amounts. We should expect that it would be used to afford more preferential treatment to privileged clients. The deterrent fee is, in theory, superior to general taxes, which constitute entrance fees to an indistinct assortment of services, but provided that this is accompanied by corresponding tax relief.

Beyond operationalization considerations, the fundamental question raised by this formula involves its partial application to health services only. If the formula works well in this field, why not extend it to all divisible services offered by the public sector, such as education and public highways? More important, why settle for imperfect mechanisms, for ersatz versions of the real mechanism that we are trying to imitate, the true market?

II. Principles and Values Underlying Today's System

The interim report of the Romanow Commission urges us to reflect on the core values associated with the Canadian system. In reality, it has not been established that these fundamental values differ appreciably from one social stratum to another in Canada. All of us, it would seem, agree that universal access to services is an essential objective. It is in the ways we would go about achieving this objective that divergences appear.

The *Canada Health Act* spells out explicit principles governing the relationship between goals and means of achieving them. It specifies universality, accessibility, comprehensiveness, portability and public administration. But the Act also includes implicit principles – implicit core values, if you will – contained in the practices currently in effect.

Material Considerations Not Supposed to Come Into Play

The first assumption made by the Act and the system (implicit in the public monopoly of production, non-billing and prohibition on private insurance) is that financial considerations should not enter into people's decisions to avail themselves of services. This option is based on the assumption that patients do not know what their medical needs are and that the medical treatment is of a strictly professional and scientific nature.

But we as individuals differ from one another in our inclination to take risks with our health. The huge variety of lifestyles people adopt testifies to this diversity. We all know the dangers associated with smoking and other activities, as well as the benefits of regular exercise, seatbelt use and a diet low in fat. And yet, many people are inclined to take risks in order to enjoy the pleasures and comfort of "unhealthy" activities, even if it means regretting it later on. Perhaps it is worth bearing in mind that here again, there is much uncertainty as to the relationship between the behaviour and the result.

The system also assumes the scientific and immutable nature of the diagnosis and the appropriate treatment. Medical procedures become "medically necessary." But the uncertainty surrounding the various medical technologies is universal. The health costs that are incurred help reduce this uncertainty. Tests to clarify the diagnosis, procedures used by the hospital to lower the patient's risks, treatments aimed at improving the patient's long-term outlook… all of these expenditures are aimed at reducing the consumer's uncertainty. What we are buying with our health dollars is not, for the most part, an outcome with a specific and expected value; rather, it is a reduction in the uncertainty that will accompany us throughout our lives. Hence the naïveté of those who dream of the ultimate technological solution. Consequently, the uncertainty surrounding the choice of treatment rules out the idea that there is only one standard, indispensable treatment.

The corollary of this logic is that so long as health care involves weighing these various risks, medically identical individuals will choose different lifestyles, will want to obtain different treatments and will be prepared to spend different amounts of money to control these risks. The incentives for patients and service providers are reflected in behaviour.

No Fees: Guarantee of User's Autonomy?

A second assumption of the Act and of the existing system holds that its official comprehensiveness, i.e., non-billing, empowers patients/consumers and gives them freedom of choice, autonomy and sovereignty. Without financial constraints, it is assumed that the population would avail themselves of the services dictated by their true needs. In reality, the fact that the services are free limits choices and leads to irresponsibility.

In our system, it is the public sector that determines resource allocation and system capacity: number of hospital rooms, clinics, service providers; hospital size, location and equipment; treatment scale and job descriptions; services offered and number of physicians, deemed excessive in 1990 and insufficient a few years ago: in a nutshell, the monies earmarked for health.

The system prohibits patients from contracting with physicians and other providers to obtain an MRI, to purchase insurance and guarantee the quality of the services, and to obtain an appendectomy from a private hospital.

Consequently, it is no longer the user who decides his preferences, budget or treatment; it is the political-bureaucratic apparatus, by imposing physical limits on the system's capacity to produce services. This means that the Canadian system can be seen as comprising 10 huge HMOs (Health Maintenance Organizations) (the provinces), which filter the composition and scope of the services and, on top of all that, enjoy a monopoly of production.

No Fees: Symbol of Compassion?

A premise of the existing system is that the non-billing of consumers and the transfer of the burden onto the overall tax system are the expression of the people's will, the symbol of Canada's brand of social justice, the expression of compassion that animates the Canadian soul, as opposed to the rugged individualism of the Americans.

The Market: A Mechanism for Expressing Preferences

Conventional wisdom has it that the political process is the exclusive and ultimate instrument for revealing the people's will, be it in the area of health or other fields. This is the grand illusion of Canadian thinking. The market is also a powerful reflection of social values; it achieves this by guaranteeing economic progress – in the end, the only guarantee for the realization of people's aspirations. Nobody controls the market. It is the instrument through which millions of free individuals express their needs, not the needs that others attribute to them. Our greatest satisfaction would be to have helped convince Commissioner Romanow of the fragility of the distinction he has drawn between market and public interest. "Health care must be governed by the public interest, not markets," he argues (Romanow 2002).

Dominance by the Majority

In reality, the public's apparent affection for socialized medicine has less to do with the noble ideal of compassion and loyalty to general preferences than it does with the desire of the many to access unlimited services – as long as someone else picks up the tab. When people call for higher taxes to augment the system's capacity, it is an increase in the taxes on their neighbours, whom they see as richer than they, that they are calling for. It is often by granting benefits to the majority – on the backs of the minority – that elections are won in a first-past-the-post system. In a society where, as is universally the case, there is asymmetric income distribution (there are more families making less than the average income than there are families that make more than the average), i.e., the income made by the majority ($46,000 a year or less) is below the average ($62,000 a year), elections are won by bringing vast areas of economic activity under State control and relying on public funding. Nationalization of the health industry saw a majority of voters benefit from a transfer of wealth amounting to over $1,500 a year, courtesy of upper-middle-income families (Migué 2001).

Dominance by Interest Groups

The system is also based on the power of interest groups to obtain transfers of wealth from the State. The majority is often rationally silent. Public decision makers seek to concentrate the benefits of their policies in the hands of the few (generally producers and unionized workers) within organized coalitions and spread the cost among the many (generally consumers or taxpayers). Further on we show how the public monopoly leads to the union monopoly and the inordinate strengthening of the power of large unions. These unions know full well that it is in specific areas that health expenditures have risen most – areas most favourable to the promotion of their interests – to the detriment of investment and drugs spending, for example (MacMahon and Zelder 2002).

Billing of Services: Obstacle to Universal Access?

Another implicit principle incorporated into our tradition holds that if services were billed, it would preclude a guarantee of universal access. This assumption flies in the face of economic theory and observation. The least well-off are often the most penalized by the current deterioration in service. Universal access to services is often confused with egalitarian and uniform access.

The embodiment of this vision of things is the spectre of a two-tiered system. Opposition to a parallel system holds that the most well-off would obtain in this manner a priority claim on the resources in this sector, and that the capacity to produce services would remain fixed, unchanged, after fees were introduced. But wealth, activity and production are not a zero-sum game. In a productive economy, access of the wealthy to resources takes nothing away from the poor, or anyone else for that matter. By fostering the growth of private *additional* capacity, most countries have managed to ease cost pressures on the public system. People in lower socio-

economic brackets have often gained the most from private sector involvement in the production of services. The supposed danger of evolving toward a "two-tiered" system, in which quality care is reserved for the wealthy, is a bogeyman, a spectre at odds with the experience of all the countries. Building a system to respond to the specific characteristics of 5 to 10% of the population is a surefire way of frustrating everyone's needs. Through the competition it generates within the public network, the introduction of a private network also generates beneficial efficiency effects on the public network.

Reservation: if it is true that competition would force providers to be more attentive to preferences, production costs and innovations, this concession to good sense would not substantively change the incentives for production agents in the public network or for users.

Egalitarianism: Guarantee of Equity?

Defenders of the existing system advocate not universal access, but egalitarian access. It can also be stated that the system's underlying egalitarianism is immoral, in that it encourages the adoption of antisocial behaviour incompatible with universal access. A system that treats prudent, conscientious and disciplined users the same as it does negligent, heedless and undisciplined users is immoral. And that is exactly what our system does by rewarding that segment of the population that shows no concern for the medically deleterious consequences of their lifestyle. One-third of the Canadian public is obese; these individuals impose a cost of $2 billion on their fellow citizens. In addition, one-quarter of Canadians choose to indulge in tobacco use. It is felt that many episodes of the common cold, flu, sore throat and diarrhea are attributable to people's failure to wash their hands at the right time. When the time comes to make use of public health services, members of the latter group will enjoy the same access as those of the former group.

Public Monopoly of Production: Guarantee of Universal Access?

In another widespread myth, an association is generally made between universal access and production in a public monopoly. But there is no relationship between the goal being sought, i.e., universal access to care irrespective of wealth, and the mechanism of public monopoly production. Funding is dissociated from production.

Opponents to a parallel system are not interested in maximizing the community's health budget and the user's autonomy, but rather public spending. This is the inescapable consequence of allocation by majority voting, combined with public monopoly (Epple and Romano 1996). We know, however, that the coexistence of a public and a private system would increase overall health capacity and budgets, while at the same time easing the pressure on public budgets. Canada remains one of the only advanced countries in the world to impose a public monopoly on hospital services.

Sectoral Monopoly and Union Monopoly

One of the constants observed in the history of monopolies is that cartellization of a sector of activity by regulations or nationalization encourages union monopolies, i.e., the appearance of a cartel of actors eager to counterbalance the heightened concentration of the production structure. Some would argue that State monopolies serve at least to control costs. Indeed, the rise in public budgets has slowed at times, but the labour or wage budget component, for its part, remains excessive. The average Canadian hospital sets aside about 75% of its overall budget for wages, compared to 55% for the average American hospital (McArthur 2000). However, it should be pointed out that Canadian governments are not in the practice of accounting fully for fixed assets depreciation. In any event, under-investment in the sector remains a documented hypothesis (MacMahon and Zelder 2002).

At the same time, non-specialized union workers in the health services field (maintenance workers, electricians, plumbers, etc.) are making more than competitive wages, higher than their counterparts in the private sector. If we compare the wages of union workers in the hotel and restaurant industry with those of unionized workers in a hospital, we see that maintenance employees working in a hospital earn 17% more, painters 31% more, chefs 32% more, dishwashers 16% more, and so on and so forth (Esmail 2002).

Negotiations between the employer monopoly and the union monopoly give rise to a constant battle as to the management and allocation of resources. The ensuing contracts constitute a permanent obstacle to the professionalism of medical personnel and to staff productivity. Hours of work and classifications are becoming more rigid, which is stymieing creativity and excellence. Seniority clauses are replacing competence when it comes to advancement. Evaluation rules have been softened – that is, when they are present at all – and dismissal for incompetence is out of the question. Wage scales reward age rather than talent, often exclude any form of incentives to strive for excellence and prevent management from rewarding extra effort and success. Some analysts even feel that in these conditions public production becomes not an activity designed to serve the consumer population but rather a machine to manufacture jobs and conditions favourable to unionized workers.

III. The System in Place and Efficiency

An efficient system must provide favourable incentives for all its agents. In the current conditions, this is not happening.

Incentives for Consumer-Patients

The fact that services are free generates an excessive and inefficient demand for them, with the figure reaching as high as 45%. A 1% increase in disbursements is accompanied by a drop of 0.2 % in consumption (survey carried out by the Rand Corporation [Newhouse 1993; Manning et al. 1987] from 1971 to 1982, and updated by M. Eichner [1997]). According to analysts, the demand elasticity values range from 0.2 to 0.7 (Aba, Goodman and Mintz 2002, p. 5). The significance of these results is that the impact of the reduction in services on the health of billed patients remains nil. Studies by the US Department of Health also confirm that seniors covered by Medicare and who at the same time acquire coverage under what is referred to as Medigap spend 28% more on medical charges than they would otherwise.

The determining and desirable nature of material considerations is also borne out by the phenomenal success of what has been called the greatest medical institutional innovation of the 20th century: managed care in the United States. By integrating into a single process the production of services and health insurance, managed care has succeeded in curtailing health spending and user abuse. This scheme saves between 10 and 40% compared to traditional insurance plans, and it does so without compromising quality of care (Dranove 2000).

Incentives for Physicians

The single payer scheme imposed on physicians by the centralized system does not tend to diminish the temptation for patients to abuse the system. The Rand survey and the study by Dranove (2000) on HMOs revealed that in managed care organizations that provide for fixed payment of physicians, the health expenditures budget per patient drops by 28% in comparison to fee-for-service. The number of hospital admissions and days in hospital is 40% lower. And without a noticeable impact on the respective health of the patients in each system. The system encourages physicians to order a raft of laboratory tests in their legitimate concern to minimize risks. Nor does the payment mode encourage doctors to concentrate their time on prevention and working with patients to adopt a healthier lifestyle.

Incentives for Hospitals, Service Units

We have highlighted the illusory nature of purely managerial reforms in the absence of appropriate incentives for hospital managers.

IV. Administrative Costs of Current System and Optimal System

A single payer system is definitely simpler and involves less paperwork. In any system, if you remove competition you simplify administration. It would cost the gas distributor less if there were only one service station per district or region; it would cost the supermarket less if there were only one variety of peas. It probably costs Canada Post less. However, the overall record of public corporations leaves no doubt as to the relative performance of the two systems.

The American system definitely generates higher administrative costs (Canada: 0.11% of GDP; United States: 0.59%). The fact is that running a public monopoly (health, education, post office) does not involve the same administrative activities or the same goals that one would see in a series of competing businesses. Take, for instance, the publicity and advertising activities necessary to succeed in a competitive environment. Other beneficial activities undertaken in a competitive environment consist in keeping a closer eye on costs, waste and duplication. There is also a greater abundance of clinical data, which are used to reduce health expenditures. In fact, it is known that Canada lacks information on the use of clinical services and on their contribution to people's health.

Minimizing administrative costs is not the system's only goal, or even its main goal. It is the system's overall efficiency that matters.

V. Promising Avenue: Individual Health Savings Accounts or Their Equivalent, the Tax Credit

Once we accept the idea that the system in its present form would be difficult to salvage, we can consider introducing mechanisms and incentives to ensure that the system's agents make more economical use of the resources earmarked for health, while at the same time opening the industry up to competition. In health as in any other sector, incentives matter.

The requirements of efficiency and sensitivity to patients converge toward an improved formula, one, which reconciles all the various goals: under this formula, individuals would accumulate personal health savings funds that are non-taxable or paid for out of the public purse.

The Consumer Policy Institute (2000)[1] and others (including Reuber and Poschmann 2002, the Mazankowski report and also Commissioner Romanow in an interview with the *National Post*) propose that the government issue individuals and families with health vouchers that would vary with a person's age, gender and health. Vouchers for the very young and the very old would be more generous, since their health care needs are more extensive. In the beginning, vouchers could be equal to a fraction of the costs incurred today by individuals belonging to the various age, gender and medical history groups. Let us suppose that the voucher is in the amount of $1,800. The first $1,800 of actual costs would be covered by the voucher. Any subsequent costs would be up to the patient to pay, up to a level to be determined, beyond which catastrophic loss insurance, public or private, would kick in.[2] Any unused amount would accumulate in anticipation of future disbursements or would be transferable to a retirement savings fund. It could also be used to purchase health services not covered under the system, such as dental care, drugs or home care.

This description suggests that the publicly funded health savings account is equivalent to a tax credit, in that such a credit constitutes a form of non-taxable allowance that can be used to cover health care. Under this version of the formula, all taxpayers would receive a credit, let's say $1,800, but whose final value would be reduced by the amount of health services consumed during the year. Thus this credit constitutes a form of non-taxable allowance that can be used to cover health care. This type of public voucher also offers the administrative benefit of easier integration into the existing tax system.

Assessment

The essential aspect of this arrangement is that the fund belongs to the individual, which makes him the ultimate beneficiary of the thrift he shows in managing his health fund or tax

1 The technical work was done by the international actuarial firm Milliman and Robertson. The savings calculations are based on Canadian data.

2 There is no reason that the funds used to build each person's account cannot come from the savings of each individual or family and be used to build a non-taxable health savings fund, similar to the current registered retirement savings plans. That being the case, the contribution could be seen as a form of billing that might pose a conflict with the *Canada Health Act*.

credit. Needless to say, this form of cost sharing can easily be adapted to the constraints facing low-income individuals, since the deductible can be adjusted to family income.

In time and thanks to the incentives that would act on users, most people would record a surplus in their account, particularly those who would see this as one more reason to take better care of their health. The ensuing savings could be shared between the public purse and the thrifty family. Once the effect of incentives on users and providers reduces spending, the annual voucher will decline, generating savings in the order of $6 billion in Canada (Consumer Policy Institute 2000). Reuber and Poschmann (2002) propose a tax credit equal to half the average health budget per family (p. 20) (we should bear in mind that this variant is equivalent in their calculation to the introduction of a health savings fund). Overall, they estimate that the ensuing decline in consumption of services in Ontario and Alberta would amount to 5.5%, representing a tax savings of some $60 per family in these provinces (Table 1, p. 25).

This arrangement would broaden the choice of services for all families, while at the same time generating substantial savings. The Rand survey and the demand elasticity estimates (Reuber and Poschmann 2002, p. 5) guarantee that, contrary to critics' fears, consumers' concern about saving money would not lead to an underutilization of services, but rather their optimization. The formula makes it possible to preserve the system's universality while maintaining sensitivity to users' preferences and submitting to the rules of the market. At the same time, the general accessibility that it guarantees protects the public purse against the conceivable risk of bankruptcy.

In their overview of individual health savings accounts, Donaldson, Currie and Mitton (2001, p. 18-19) describe the minimal impact on overall health spending. By and large, the authors cast doubt on the consumer's determining role in the demand for services and therefore on the degree of overconsumption peculiar to non-billing systems (including the traditional private insurance formula). These analysts point out that there are limits to the formula and wisely stress the need to proceed by experimentation. The significance of the formula would depend, of course, on how it is applied. Canadian empirical studies (Aba, Goodman and Mintz 2002, as well as Reuber and Poschmann 2002) paint a brighter picture of the impact that one might expect.

The main administrative start-up costs of the formula would involve the need to set up a methodical accounting of the unit costs of the services, in particular those of public hospitals. These data generally do not exist, except where physicians' services are concerned. Actuaries often link the idea of health savings accounts to an electronic debit card, which would let everyone know exactly how much they have left for the current year and also how much they have banked from previous years' savings. At the same time, the debit card would make it easier to calculate the costs incurred by each patient, particularly those in poor health. And in the case of these latter patients, the voucher should also be sufficient to enable them to realize the same type of savings as the rest of the population (every third year, according to actuarials' calculations). Otherwise, they would have no incentive to manage their account wisely, by visiting their GP instead of the emergency room, for example, or by changing their lifestyle in terms of alcohol and tobacco use, or physical exercise.

It is in the least well-off segments of the population that the formula is most popular (70% of those earning less than $30,000 a year). The popularity that the concept enjoys among lower income individuals stems from the improvements in the doctor-patient relationship that these segments of society attribute to it (Solomon 2002). Low-income individuals are less comfortable with doctors because they feel they do not get the attention they deserve, and because they see themselves in a relationship of dependency. The health savings account would offer them the opportunity to forge a more egalitarian relationship with doctors. The formula would also empower them to access drugs and other services excluded by the current system.

The idea of health savings accounts (or tax credits) is generally associated with the best expression of demand, in that it gives users incentives to save. In reality, it introduces the market dynamic into calculations by all agents, even within a publicly financed system. Public and private service providers, including physicians, as well as hospitals and other service units, would receive their money from the patients, but indirectly from the government. In that sense, the formula has the advantage of reintroducing competition and making providers accountable to the people who matter: consumer patients. It impacts on supply as much as on demand. As confirmed by the public-sector unions' steadfast opposition to this arrangement, one of the indirect benefits of the formula would be to curb the power of union interest groups.

As a by-product, the economy in general and growth would be enhanced in that the savings rate would increase. This beneficial effect would not be produced by tax relief alone, but by the fact that as baby boomers reach the age of heavy consumption, they would be spontaneously led to set aside an increasing amount of money for this item. We can even expect that the system would evolve in a completely natural manner to the detriment of intensive care and in favour of care for the elderly and home care.

Experimentation

This formula has spread to economies as diverse as Singapore, China, South Africa and the United States. The Americans have already tested out this formula at both the public and business level. It reconciled a large portion of the American workforce with the great institutional revolution that was managed care, which theorist Richard Epstein calls the most significant institutional revolution of the 20th century in the medical field (Epstein 1997). Managed care was created specifically to apply the brakes to health spending and provide health insurance at a lower cost. The virtue of this system lies in its ability to integrate into a single process the production of services and health insurance, while at the same time preserving competition (Dranove 2000).

However, recent developments in the United States show that managed care alone is no longer enough to curtail the rise in costs. Prescription drugs are now part of companies' insurance plans. The consumer backlash against the restrictions imposed by the formula have led employers to relax some of them.

In reaction to these developments, a growing number of American employers have introduced a formula that confers more responsibility on employees with regard to the type of

services they will use and with regard to their funding. This formula is called "defined benefit" health insurance, but it closely resembles individual health savings accounts. The employers pays, say, $1,000 into the employee's personal care account (Medisave) – $2,000 if he has dependants. The employee makes withdrawals from this account to pay his regular health care expenses. Beyond $1,000 and up to, say, $1,500, the costs are assumed by the employee himself. Any subsequent amount in excess of $1,500 is paid for by catastrophic loss insurance. One of the features of the formula is that any unspent amount is carried forward to the next year and can be used to cover the deductible. Jurisdictions that have used this formula have seen their insurance costs stabilize and even go down, unlike their neighbours who are covered by conventional insurance. In his last budget, the President of the United States earmarked $14 billion for the promotion and financing of this formula in the form of tax exemptions for individuals who opt in.

For over 10 years the formula has been used on a small island in the Pacific, in Singapore. The results are definitely favourable, judging by the overall performance of the system. No one in this country is deprived of care. Waiting lists are unheard of, and the most high-tech equipment is universally available. The national health budget, as a percentage of GDP, is scarcely more than a third of Canada's. We should point out here that Singapore's system is particularly stringent: catastrophic loss insurance is left up to the user; there is no ceiling on the costs assumed by the user over and above the public allowance, and low-income earners do not automatically receive favourable treatment.

The formula has been promised to Albertans by their Premier, proposed in the Mazankowski reports and included in the items under consideration by Commissioner Romanow.

VI. Compatibility with the *Canada Health Act*

A total break with the provisions of the *Canada Health Act*, while desirable in theory, would generate incalculable political fallout. The significance of this national legislation is more symbolic than constraining. Any provincial premier would fear the anger of his constituents more than federal sanctions for having contravened one or another of the provisions of the Act. In any event, Ottawa's share of provincial health expenditures is barely more than 15 %.

For the first time in recent history, there have been calls, even from official spokespersons including the Health Ministers, for a reinterpretation of the meaning of the *Canada Health Act.* Could a mechanism like price, competition and the consumer's choice be reconciled with the requirements of the Act? Is the principle of public administration irreconcilable with the reintroduction of competition among providers?

In reality, it seems that there is nothing in the Act to prohibit the provinces from contracting out to private providers. The current set-up is explicitly based on the principle of private production. In fact, this principle is already widely incorporated into current practices concerning physician services, home care, laboratory tests, medical supplies and food in public institutions. It is the funding which, since the origins of the public system, has come from the public purse. Reliance on private providers is therefore widespread. The presence of a private sector constitutes the status quo. Production and funding are two separate considerations. What we see in Canada, for the most part, is private production and public financing: 100% private production would be perfectly legal under the existing system.

In addition, interpretation (of the national legislation) has proven very elastic. The Premier of Alberta can announce that he is implementing all the reforms cited in the Mazankowski report, including a few radical ones, all the while swearing that these measures remain consistent with the Act. His end goal is to dissociate interpretation of the Act from its author, the federal government. He even goes so far as to propose a federal-provincial interpretation mechanism, which would amount to co-administration of the Act. For his part, Commissioner Romanow recognizes that the five principles spelled out in the Act are being violated left, right and centre in current provincial practices.

The introduction of a health savings account system financed by the public treasury is unlikely to conflict with the principles of universality, accessibility, portability or public administration, since it only involves public financing procedures aimed at raising user and provider awareness of the costs involved. In its public funding version, it does not charge users directly.

Direct billing of "medically necessary" services (or the financing of health savings accounts by the individuals and families themselves) would no doubt pose problems from the standpoint of the principle of public administration. But even this formula leaves room for interpretation. The fact is that the provinces have systematically (albeit indirectly) gone this route in the past through the delisting of insured services. Many provinces, including Alberta, are promising to step up this practice. In fact, nowhere in the Act is there a definition of the notion of comprehensiveness.

VII. Conclusion

The two main health budget determinants in the 20th century were population ageing and the explosion in new medical technologies. The role of these two variables is not expected to diminish in the least. Regardless of the sector, experience tells us that when scarce resources are offered to everyone free of charge, the system ends up collapsing. We have seen this in the fisheries, and we have seen this on our roads and highways at rush hour. Today it is the health system's turn to suffer from the effects of abuses that are inherent in the rules of the game.

History and analytical research offer two bases for this interpretation. First there is the concern to give users back the freedom to choose the composition and quality of the care that suits them, rather than assigning this task to the political/bureaucratic machinery. In this regard, competition is the only guarantee that incentives for all parties will give rise to the production of services at the lowest possible cost.

The second basis: the political apparatus lacks the information that the market possesses in order to run the health industry. Even equipped with perfect information, public intervention is inevitably biased by the dominance of interest groups, majority-based though they may be. No amount of managerial improvements can protect us from this pathology of political logic. Public intervention as a whole, underpinned by the fragile and dubious postulate of the right to health care, is threatening the well-being of even those it claims to protect. The unconditional assurance of obtaining health care, including for the most well-off, encourages people to adopt unhealthy behaviour and inflates costs. It is young people, responsible people and healthy people who end up paying the price, in the form of a crushing tax burden. By increasing the tax burden on all, State-run medicine slows long-term growth. Historically, this growth is responsible for improvements in overall health, particularly for the least well-off.

In light of analytical research and recent history, consumer choice cannot be restored without introducing some form of individual health savings accounts (or their tax equivalent). Combined with a form of managed care, which incorporates both health insurance and the production of reasonable services, the health savings account (or the tax credit) is at once the most equitable and least arbitrary of the conceivable arrangements.

Bibliography

Aba, Shay, Wolfe D. Goodman and Jack M. Mintz. 2002. *Funding Public Provision of Private Health: The Case for a Copayment Contribution through the Tax System.* Toronto: C. D. Howe Institute Commentary 163.

Blendon, Robert. 2000. Harvard School of Public Health. Study condensed in *The National Post,* 12 October 2000, p. A1.

Canada. Senate. 2002. Interim report of the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology. Vol. three: *Health Care Systems in Other Countries*. Ottawa, January.

Canadian Institute for Health Information. 2001. *Health Care in Canada 2000.* Ottawa: CIHI.

Coffey, J. E. and Jacques Chaoulli. 2000. *Le choix privé universel,* Montreal: Institut Économique de Montréal, September, p. 9-12.

Consumer Policy Institute. 2000. *Feasibility of Health Care Allowances in Canada.* Toronto.

Donaldson, Cam, Gillian Currie and Craig Mitton. 2001. *Integrating Canada's Dis-Integrated Health Care System: Lessons from Abroad,* Toronto: C. D. Howe Institute.

Donaldson, Cam Craig Mitton and Gillian Currie. January 2002. *Managing Medicare.* Toronto: C. D. Howe Institute.

Dranove, D. 2000. *The Economic Evolution of American Health Care*. Princeton.

Eichner, M. 1997. *Incentives, Price Expectations and Medical Expenditures.* New York: Columbia University Business School.

Epple, D. and R. E. Romano. 1996. Public Provision of Private Goods. *Journal of Political Economy* 104(1), 57-84.

Epstein, Richard A. 1997. *Mortal Peril.* New York: Addison-Wesley.

Esmail, Nadeem. 2002. Labour Costs in the Hospital Sector Revisited. *The Fraser Forum*, January, p. 31-32.

MacIntosh, Robert. 28 July 28 2000. Use Prices to Fix Health Care. *Financial Post*, p. C15.

Mackenbach, P. 2002. Income Inequality and Population Health. *British Medical Journal*, January 5.

Maclean's/Global Poll. 18 December 2000. *National Post*, p. A1.

Manning, W. et al. 1987. Health Insurance and the Demand for Medical Care: Evidence from a Randomized Experiment. *American Economic Review* 77, 251-277.

McArthur, William. January 28, 2000. *The Wall Street Journal.* p. A19.

McMahon, F. and M. Zelder. 2002. "Making Health Spending Work," in David Gratzer (ed.), *Better Medicine: Reforming Canadian Health Care*, Toronto: ECW Press.

Migué, J.-L. 2001. *Le monopole de la santé au banc des accusés.* Montreal: Éditions Varia, p. 47-61.

National Post. 28 October 1999. Heart Attacks More Likely to Kill Poor People, p. A1. (Condensed from a study in the *New England Journal of Medicine*)

Newhouse, J. P. and The Insurance Experiment Group. 1993. *Free for All? Lessons from the Rand Health Insurance Experiment.* Cambridge. Harvard University Press.

North American Association of Central Cancer Registries. 2001. *Report Card 2000.* Springfield, Ill.

Organisation for Economic Co-operation and Development. 2001. *OECD Health Data 2001: A Comparative Analysis of 29 Countries.* Paris: OECD.

_____2001. *Economic Outlook.* Paris: OECD, June.

Reuber, Grant L. and Finn Poschmann. 2002. "Increasing Patient Incentives to Improve the Financial Stability of the Health Care System." Paper presented at a roundtable, C. D. Howe Institute, Toronto.

Robson, William. 2001. *Will the Baby Boomers Bust the Health Budget?* Toronto: C. D. Howe Institute.

Solomon, L. 12 February 2002. Medical Savings Accounts Would Benefit All Canadians. *The Financial Post*, FP15.

_____. 4 July 1998. Empowerment to the People. *The Globe and Mail*, p. D6.

Statistics Canada. 2001. *National Population Health Survey 1994-95.* Ottawa.

Walker, M. and G. Wilson. 2001. *Waiting Your Turn: Hospital Waiting Lists in Canada (11th ed).* Vancouver: The Fraser Institute.

Zelder, Martin. 2000. The Myth of Underfunded Medicare in Canada, *The Fraser Forum*, August.

Interviews

Romanow, R., Commissioner, Commission on the Future of Health Care in Canada. 7 February 2002. Medicare: My Thoughts So Far. *National Post*, A16.

_____. 7 February 2002. Money alone not the answer. *National Post*, A4.

Commission sur
l'avenir des soins de santé
au Canada

Commission on the
Future of Health Care
in Canada

ÉTUDE Nº 10

Financement et production des services de santé : perspectives et voies de solution

par

Jean-Luc Migué

The Fraser Institute

août 2002

N° de catalogue CP32-79/10-2002F-IN

ISBN 0-662-87710-1

Bien que les opinions exprimées dans ces études n'engagent que celles du ou des auteurs, toutes ces études furent soumises à un processus indépendant d'examen par des pairs. La Commission tient à remercier l'Institut des services et de politiques de la santé (ISPS) des Instituts de recherche en santé du Canada pour avoir assuré la surveillance et la bonne marche de ce processus d'examen des études par des pairs. La participation des auteurs, des examinateurs et de l'ISPS à la réalisation de ces études constitue un apport important aux travaux de la Commission et contribuera à l'héritage qu'elle laissera.

Le générique masculin sera utilisé uniquement dans le but d'alléger le texte.

Table des matières

Points saillants iv

Sommaire v

État de la situation 1

I. Sources de fonds possibles 2
Injection de ressources publiques et fiscalité 2
Transferts fédéraux liés à la croissance de la population âgée 3
Réformes de la structure de l'industrie de la santé 4
Prélèvement de primes d'assurance publique 6
Tarification par l'incorporation des services au revenu imposable 6
Tarification par l'octroi de déductions du revenu imposable ou de crédit sur l'impôt à payer 7

II. Principes et valeurs sous-jacents au régime en place 9
Considérations matérielles prétendument inadmissibles ? 9
Gratuité, gage de souveraineté de l'usager ? 10
Gratuité, symbole de compassion ? 10
Tarification des services, obstacle à l'accès universel ? 11
Égalitarisme, gage d'équité ? 12
Monopole public de production, gage d'accès universel ? 12

III. Régime en place et efficacité 14
Incitations sur les patients consommateurs 14
Incitations sur les médecins 14
Incitations sur les hôpitaux, les unités de services 14

IV. Frais d'administration du régime actuel et du régime optimal 15

V. Avenue prometteuse : caisses individuelles d'épargne santé ou son équivalent, le crédit d'impôt 16
Évaluation 17
Expérimentation 18

VI. Compatibilité avec la *Loi canadienne sur la santé* 20

VII. Conclusion 22

Références 23

Points saillants

L'auteur passe d'abord en revue les sources concevables de financement, soit l'injection de fonds publics, le préfinancement de la part fédérale en fonction de la croissance de la population âgée de chaque province, le contrôle des coûts par de simples modifications à la structure de l'industrie canadienne des soins, le prélèvement de primes d'assurance publique qui ne sont qu'une modalité du régime fiscal, l'incorporation partielle de la valeur des services de santé au revenu imposable de l'individu qui les consomme, l'octroi à l'usager d'un crédit qui se soustrairait à son impôt personnel. Ce crédit serait réduit de la valeur des services consommés par lui dans l'année. Cette dernière formule s'assimile dans sa substance au fonds individuel d'épargne santé.

L'auteur exprime l'avis que les incitations qui s'exercent sur tous les agents du système sont à changer. On a supprimé les choix individuels et la production privée, on a supprimé le profit qui est la récompense de l'innovation, on a criminalisé le capital privé, et on déplore ensuite que le régime de santé manque d'investissement, qu'il ne soit pas novateur.

Dans une deuxième étape, l'auteur est amené à réfléchir sur les valeurs fondamentales associées au régime canadien. Parmi les mythes soumis à sa critique, l'auteur relève le postulat que les considérations financières ne doivent pas intervenir dans la décision des gens de consommer des services. Il rejette aussi les postulats voulant que la gratuité formelle, c'est-à-dire la non-tarification, confère la liberté de choix aux patients-consommateurs, que la gratuité au consommateur et le transfert du fardeau à la fiscalité générale soient le symbole de la justice sociale, que la tarification des services interdise de garantir l'accès à tous. L'épouvantail du régime à deux vitesses traduit cette vision des choses. L'auteur critique aussi l'égalitarisme sous-jacent au régime et enfin la liaison que l'on fait entre accès universel et production en monopole public.

Dans une autre étape, l'auteur pose que dans les conditions présentes le régime n'exerce pas les incitations favorables sur les agents du système.

L'auteur évalue enfin une avenue prometteuse, qui résiderait dans l'accumulation par les individus de fonds personnels d'épargne santé non imposables ou financés par les budgets publics, ou son équivalent, l'octroi d'un crédit déductible de l'impôt personnel. La dimension essentielle de cet aménagement est que le fonds appartient à l'individu et qu'ainsi il est le bénéficiaire ultime de la parcimonie avec laquelle il aurait géré son fonds de santé ou son crédit d'impôt. Les offreurs de services publics et privés recevraient leur financement des patients, mais indirectement du gouvernement.

L'auteur estime enfin que l'implantation d'un régime de fonds d'épargne santé financé par le trésor public (ou le crédit d'impôt) n'entre vraisemblablement pas en conflit avec les principes d'universalité, d'accessibilité, de portabilité ou d'administration publique, puisqu'il ne s'agit que de modalités de financement public.

Sommaire

Modalité de financement

L'auteur passe d'abord en revue les sources concevables de financement. Concernant l'injection de fonds publics, il estime que le gonflement des budgets publics et l'alourdissement fiscal ne sauraient remédier aux lacunes du régime. Il n'y a pas de relation observable entre le budget public par tête et la longueur des files d'attente.

Le préfinancement de la part fédérale en fonction de la croissance de la population âgée de chaque province offrirait l'avantage d'atténuer le poids des transferts intergénérationnels associés au vieillissement des *baby boomers*. Mais si le préfinancement se recommande, pourquoi ne pas en favoriser l'émergence dans la population elle-même ? On l'a fait pour résoudre une question du même ordre avec les REÉR. À la limite, la notion de fédéralisme et de responsabilité provinciale se dissout.

Nombre d'analystes jugent illusoire de croire que le contrôle des coûts n'appelle que des réformes managérielles et de simples modifications à la structure de l'industrie canadienne des soins. Ce sont les incitations qui s'exercent sur tous les agents du système qui sont à changer. Dans le débat avec les provinces sur l'allocation des fonds fédéraux dans le cadre de l'union sociale, le ministre fédéral entendait conditionner sa magnanimité avec les fonds publics à l'implantation par les provinces de réformes structurelles. Un autre plan grandiose, évocateur des *grands projets de société* des années 60, émane du rapport de la Commission Clair.

Une étude plus spécifique et plus récente de la structure institutionnelle reproche au système public actuel de rémunérer séparément chaque composante du processus de production, sans considération des exigences d'intégration entre l'autorité publique, les hôpitaux, les médecins à l'hôpital et les médecins de première ligne. La démarche vise essentiellement à susciter l'avènement d'un « marché intérieur » de services et ainsi à restaurer de bonnes incitations chez certains agents. Mais si les incitations associées traditionnellement au fonctionnement d'un marché sont si souhaitables, pourquoi se contenter d'imitations ? Le fait est qu'on a écarté les choix individuels et parfois la production privée, on a supprimé le profit qui est la récompense de l'innovation, on a criminalisé le capital privé, et on déplore ensuite que le régime de santé manque de fonds et d'investissement, qu'il ne soit pas novateur.

Lorsqu'il s'agit des primes d'assurance publique, dans la mesure où elles ne sont aucunement liées à l'usage des services, la formule doit être perçue comme une modalité du régime fiscal général, une sorte de capitation, plutôt qu'un tarif ou un prélèvement sur les services de santé.

On a aussi proposé d'incorporer partiellement la valeur des services de santé obtenus au revenu imposable de l'individu qui les consomme. Une autre modalité prévoirait l'octroi à l'usager d'un crédit qui serait soustrait de son impôt personnel. Ce crédit serait réduit de la valeur des services consommés par lui dans l'année. Cette dernière formule s'assimile dans sa substance au fonds individuel d'épargne santé, en ce que le crédit constitue essentiellement une allocation non imposable pouvant servir à éponger les frais des services de santé.

Les multiples formules de financement examinées susciteraient sans doute une certaine prise de conscience chez les consommateurs, mais ne changeraient pas les incitations regrettables qui s'exercent sur les offreurs que sont les médecins, les hôpitaux et les autres unités de services, et sur les politiciens eux-mêmes.

Valeurs sous-jacentes au régime

Dans une deuxième étape, l'auteur est amené à réfléchir sur les valeurs fondamentales associées au régime canadien. Un premier postulat du régime pose que les considérations financières ne doivent pas intervenir dans la décision des gens de consommer des services. Le patient serait ignorant de ses besoins médicaux et le traitement médical revêtirait un caractère strictement professionnel et scientifique. Or, en tant qu'individus, nous différons les uns des autres dans nos dispositions à prendre des risques avec notre santé. L'incertitude qui préside au choix du traitement exclut aussi le traitement standard unique et incontournable. Le marché a sa place dans les soins de santé.

Un deuxième postulat du régime en place pose que la gratuité formelle, c'est-à-dire la non-tarification, confère la liberté de choix, la souveraineté, la suprématie aux patients-consommateurs. En réalité, dans notre régime, c'est l'appareil politico-bureaucratique qui détermine l'allocation des ressources et la capacité du système.

Une tradition toute canadienne veut que la gratuité au consommateur et le transfert du fardeau à la fiscalité générale soient l'expression de la volonté populaire, le symbole de la justice sociale, l'expression du sens de la compassion qui anime l'âme canadienne. Mais le marché est aussi le reflet puissant des valeurs sociales. En réalité, l'affection apparente de la population pour la médecine socialisée repose moins sur le noble idéal de la compassion que sur le souci du grand nombre d'accéder aux services illimités aux frais des autres.

Autre mythe courant : la tarification des services interdirait de garantir l'accès à tous. L'épouvantail du régime à deux vitesses traduit cette vision des choses. Il contredit pourtant la théorie et l'expérience. En favorisant la croissance d'une capacité supplémentaire privée, la plupart des pays sont parvenus à atténuer la pression des coûts sur le régime public. Et ce sont les individus des classes socio-économiques inférieures qui y ont souvent le plus gagné.

On peut également affirmer que l'égalitarisme sous-jacent au régime est immoral, en ce qu'il récompense cette fraction de la population qui ne témoigne d'aucun souci des conséquences de son mode de vie néfaste sur sa santé.

Dans un autre mythe largement répandu, on associe généralement l'accès universel à la production en monopole public. Or il n'existe aucune relation entre la finalité recherchée, soit l'accès de tous aux soins, et d'autre part l'instrumentation qu'est la production publique monopole. Le financement se dissocie de la production.

Incitations et efficacité

Dans une autre étape, l'auteur pose qu'un régime efficace doit exercer les incitations favorables sur tous les agents du système. Dans les conditions présentes, on n'observe pas ce résultat.

La gratuité suscite de la part des usagers une demande excessive et inefficace de services. Pour être parvenu à intégrer dans une même démarche la production de services et l'assurance santé, le *managed care* a réussi à freiner les abus des usagers et à susciter des comportements désirables chez les offreurs.

Voie prometteuse

L'accumulation par les individus de fonds personnels d'épargne santé non imposables ou financés par les budgets publics, ou son équivalent l'octroi d'un crédit déductible de l'impôt personnel. La dimension essentielle de cet aménagement est que le fonds appartient à l'individu et qu'ainsi il est le bénéficiaire ultime de la parcimonie avec laquelle il aurait géré son fonds de santé ou son crédit d'impôt. Les offreurs de services publics et privés recevraient leur financement des patients, mais indirectement du gouvernement. En ce sens, la formule influe sur l'offre tout autant que sur la demande.

La formule s'avère répandue dans des économies aussi diverses que Singapour, la Chine, l'Afrique du Sud et les États-Unis. Les Américains ont déjà amorcé des expériences de cette formule à la fois au niveau public et au niveau des entreprises.

Compatibilité avec la *Loi canadienne sur la santé*

L'implantation d'un régime de fonds d'épargne santé financé par le trésor public (ou le crédit d'impôt) n'entre vraisemblablement pas en conflit avec les principes d'universalité, d'accessibilité, de portabilité ou d'administration publique, puisqu'il ne s'agit que de modalités de financement public. Dans sa version financement par les fonds publics, elle ne prélève pas de tarifs directement sur les usagers.

État de la situation

Sans en faire l'examen méthodique, nous prenons pour acquis tout au long de l'étude que le régime en place souffre de lacunes irrémédiables, qui s'expriment dans les dimensions suivantes. Les files d'attente sont longues et s'allongent (Walker et Wilson 2001). L'impact de cette lacune sur le bien-être et la santé de la population est réel (Statistique Canada 2001; North American Association of Central Cancer Registries 2001). L'accessibilité reste inégale, nonobstant les prétentions officielles. La qualité et la quantité des soins (temps d'attente, accès aux médecins, aux spécialistes, aux unités de soins et aux médicaments, espérance de vie, taux de chirurgie, taux de survie, intérêt et respect accordés aux patients, traitement obtenu à l'étranger, composition des services offerts, traitement réservé aux militaires, aux gens dotés de bons contacts et aux leaders politiques) varient selon les régions et selon les revenus (Canadian Institute for Health Information 2001; Solomon 1998; *National Post* 1999; Statistique Canada 2001; et Blendon 2000). L'accès aux technologies de pointe est limité (OCDE 2001; Blendon 2000). Le délestage de services se poursuit pour des considérations budgétaires. La pénurie de personnel qualifié est généralisée (Canadian Institute for Health Information 2001).

I. Sources de fonds possibles

Les sources concevables de financement ne sont pas illimitées. On peut hausser les taxes et injecter des fonds publics supplémentaires, modifier la formule de transferts du fédéral aux provinces de diverses façons, par exemple en préfinançant ces transferts et en les liant à la croissance de la population âgée de chaque province, contrôler les coûts en modifiant la structure de l'industrie de la santé, prélever des primes d'assurance (accrues dans certaines provinces). Enfin, l'usager peut être amené à supporter une partie du coût des services qu'il consomme selon au moins quatre méthodes différentes.

Injection de ressources publiques et fiscalité

La Commission a sagement demandé une analyse d'options pour d'autres sources de revenus que cette première hypothèse. Le gonflement des budgets publics et l'alourdissement fiscal ne sauraient remédier aux lacunes du régime. Ce diagnostic un peu sombre concorde avec l'enseignement offert par les études récentes commanditées par les gouvernements de l'Alberta, de l'Ontario et du Nouveau-Brunswick, et par les rapports préliminaires du Comité sénatorial sur les soins de santé et le rapport intérimaire Romanow de février 2002.

Quoi qu'il en soit, le fait est établi : il n'y a pas de relation entre le budget public par tête et la longueur des files d'attente. On n'observe aucune relation entre l'évolution des dépenses publiques de santé et le nombre de procédures par tête (Zelder 2000). A titre d'illustration, la Saskatchewan occupe le troisième rang en dépenses par tête, et pourtant le temps d'attente entre la référence d'un médecin et le traitement s'élevait à 34,5 semaines en l'an 2000 (à 14,0 semaines en moyenne au Canada). Tout se passe sous le régime actuel comme si l'injection de ressources ne faisait que se diluer en salaires supplémentaires, en prix accrus, ou en usages divers sans bénéfices pour les usagers.

D'injecter des ressources dans un régime aux incitations perverses ne peut qu'empirer les choses. Or le gonflement des budgets ne change rien aux incitations du régime. Au mieux, il ne fait qu'accorder un sursis, surtout en regard de l'évolution démographique et technologique prévisible. La formule colmaterait le régime juste assez pour apaiser les critiques les plus bruyantes, pour maintenir la population à son seuil de tolérance.

Budgets publics de santé, source de prospérité économique ?

L'un des mythes entretenus au Canada veut que la lourdeur du fisc canadien relativement à celui de son voisin du sud provienne du financement du régime public de santé. Le financement public soustrairait les employeurs à l'obligation de porter le coût de l'assurance santé de leurs employés, et deviendrait ainsi une source d'attraction pour le capital et les travailleurs qualifiés (Romanow 2002). Cette interprétation ne résiste pas à l'analyse ni à l'examen attentif des faits. D'abord, ce sont les employés américains qui choisissent de recevoir leur rémunération en services de santé non imposables, plutôt qu'en salaires supérieurs. D'autre part, la lourdeur

accrue du fisc qu'en subit le Canada retombe finalement sur les épaules des Canadiens et ralentit la croissance.

Selon un récent rapport de l'OCDE (juin 2001), les gouvernements canadiens dépensent pour l'achat de biens et services 40,9 % de toute la production nationale (PIB). Les gouvernements américains pour leur part absorbent 29,4 % du PIB du pays. C'est donc dire que les gouvernements canadiens dépensent, en pourcentage du PIB, 39,1 % de plus que les gouvernements américains. Du côté de la fiscalité, les gouvernements canadiens extraient 44,3 % du PIB en revenus fiscaux, contre 31,6 % du côté américain. On en conclut que le fardeau fiscal canadien s'élève à quelque 40 % au-dessus de celui de nos voisins.

L'imputation de ces écarts au budget de santé impliquerait donc que le budget public de la santé soit de quelque 40 % supérieur à ce qu'il est aux États-Unis. Il n'en est pourtant rien. Au fait, les gouvernements du Canada affectaient 1 738 $ par tête aux soins de santé en 1999. Les gouvernements des États-Unis pour leur part dépensaient 1 938 $ par tête. Pourtant, les gouvernements américains affectaient 5,7 % du PIB aux soins de santé; les gouvernements canadiens, 6,6 %, différence minuscule de 0,9 %. L'impuissance du Canada à faire face à ses besoins de services découle pour une large part de son faible niveau de vie relatif à son potentiel.

Transferts fédéraux liés à la croissance de la population âgée

William Robson du C. D. Howe Institute (Robson 2001) propose de substituer aux subventions fédérales *ad hoc* actuelles une formule de transferts aux provinces liés à la croissance de la population de 65 ans et plus dans chacune des provinces, et en même temps d'accumuler dans un fonds fédéral spécifique une partie de ce budget futur de transferts (à raison de 3 000 $ par personne de plus de 65 ans dans chaque province). Il estime la valeur actuelle des engagements futurs associés au vieillissement à quelque 530 milliards de dollars, soit à 50 % du PIB actuel ou à deux fois la valeur de la dette provinciale en cours. Comme l'exprime l'auteur, le préfinancement offrirait l'avantage d'atténuer le poids des transferts intergénérationnels associés au vieillissement des *baby boomers*.

Que la perspective d'un recours plus intense aux services de santé avec l'âge doive inspirer le souci d'épargner à la population active ne manque pas de sagesse. Le principe du *pay as you go* incorporé au financement public actuel est même en bonne partie à l'origine de la négligence implicite dont les gens font preuve dans les conditions présentes. La formule Robson, en réservant la tâche de préfinancement au gouvernement fédéral, confie la responsabilité à l'entité qui pendant 40 ans n'a pas jugé opportun de pratiquer cette imputation elle-même, ni de susciter dans la population les incitations désirables à l'épargne. En un mot, si le préfinancement est à recommander, comme c'est manifestement le cas, pourquoi ne pas en favoriser l'émergence dans la population elle-même ? On l'a fait pour résoudre une question du même ordre avec les REÉR.

D'autre part, est-il à recommander de fonder l'octroi futur de transferts à une province sur la proportion de vieillards qu'elle compte ? Si la réponse est oui, il conviendrait d'étendre la formule à toutes les fonctions partagées par les deux niveaux de gouvernement, dont l'enseignement supérieur (qui serait réglé sur le nombre de jeunes de 18 à 25 ans), l'assistance

sociale, le développement régional et, pourquoi pas, la voirie (transferts réglés sur l'étendue du territoire). À la limite, la notion de fédéralisme et de responsabilité provinciale se dissout. L'administration fédérale prend tout à sa charge, du moins toutes les fonctions à budget variable. L'analyse Robson constitue plus une étude du fédéralisme qu'une étude du financement de la santé.

Le projet Robson soulève aussi la question de l'impact de ce transfert massif sur les politiques des provinces et, partant, sur la croissance économique. La question de l'influence des programmes de péréquation et de partage des coûts ne manque pas de susciter le débat au Canada depuis quelques années. Si les provinces à population future plus jeune doivent subventionner les provinces plus vieillissantes, ne doit-on pas prévoir l'amplification des politiques provinciales anti-croissance qu'on associe historiquement aux autres formules de transfert ? Au minimum, il faut prévoir que la formule ne serait guère de nature à attirer les plus jeunes et les plus entrepreneurs dans les régions moins prospères.

D'autant que la formule Robson laisse non résolue la question de l'usage à faire des 185 à 190 milliards de dollars que produirait le compte de soins pour personnes âgées.

Réformes de la structure de l'industrie de la santé

Nombre d'analystes jugent illusoire de croire que les défaillances de notre régime n'appellent que des réformes managérielles et une meilleure planification. L'illusion qui a présidé aux réformes des années 90 voulait que la fermeture des hôpitaux et le contrôle du personnel suscitent de grandes économies, que la compression de l'offre supprime la demande excessive de services et qu'aucune conséquence défavorable n'en découle. La seule réforme supplémentaire à implanter était de transformer les médecins en fonctionnaires par la substitution du salaire à la rémunération à l'acte. On désigne cette évolution comme la prétention de pouvoir régler d'en haut l'offre sur la demande par le « micro management ».

Dans le débat avec les provinces sur l'allocation des fonds fédéraux dans le cadre de l'union sociale, le ministre fédéral entendait conditionner sa magnanimité avec les fonds publics à l'implantation par les provinces de réformes structurelles ! Les médecins, qui sont la porte d'entrée dans le système, seraient incités à former des cliniques de groupes, capables d'offrir des services 24 heures sur 24, de façon à détourner les patients « légers » de l'hôpital. Les médecins recevraient une capitation, allocation annuelle par patient, plutôt qu'un paiement à l'acte en retour de ses services. Enfin, deuxième mécanisme pour détourner les patients de l'hôpital, implantation d'un régime généralisé de soins à domicile.

Un autre plan grandiose, évocateur des *grands projets de société* des années 60, émane du rapport de la Commission Clair, qui a rendu sa version globale du grand soir en 400 pages au début de l'année 2000. Fort de la sagesse de quatre forums publics, de consultations auprès de 6 000 personnes (affront aux 7 366 448 autres individus qui, selon Statistique Canada, peuplaient le Québec en l'an 2000), le rapport s'est mérité des médias ensorcelés le qualificatif de « big bang » de la santé. Création incontournable de « groupes de médecine de famille », cabinets de médecins spécialisés définis comme « extensions de l'hôpital », régime d'assurance contre la

sénilité qui nous guette tous, jusqu'aux « corvées nationales » pour la mise à jour du parc technologique et immobilier des hôpitaux, le tout au service de la *solidarité*, faute de quoi nous sommes condamnés à retomber dans le bas individualisme à l'américaine, caractéristique du Québécois avant le régime de santé publique.

Une étude plus spécifique et aussi plus récente de la structure institutionnelle émane du C. D. Howe Institute (Donaldson, Currie et Mitton 2001). Les auteurs reprochent au système public actuel de rémunérer séparément chaque composante du processus de production, sans considération des exigences d'intégration entre l'autorité publique, les hôpitaux, les médecins à l'hôpital et les médecins de première ligne. Les hôpitaux n'ont pas le pouvoir de gérer les activités des médecins qui pourtant déterminent l'essentiel de l'allocation des services dans l'hôpital. Les médecins par ailleurs jouissent du pouvoir de combiner les ressources, mais, en vertu de leur mode de rémunération, sont dépourvus de la responsabilité (financière) qui les amène à optimiser la marche de l'institution. Leur solution : Doter les autorités régionales de santé d'une plus grande discrétion sur l'usage de leurs ressources, tout en amenant les hôpitaux et les autres offreurs à se concurrencer davantage. On pourrait ainsi convertir les hôpitaux en entreprises financièrement autonomes qui vendraient leurs services aux autorités régionales ou aux médecins de première ligne, en concurrence les uns avec les autres. Une autre formule consisterait à mettre le financement à la disposition du médecin de première ligne, qui à son tour « achèterait » les services de l'hôpital et d'autres offreurs. Les auteurs proposent enfin que, à l'image d'un vrai marché, l'intégration se fasse via le patient par le truchement de fonds individuels d'épargne santé.

À part cette dernière option, la démarche des auteurs vise essentiellement à susciter l'avènement d'un « marché intérieur » de services et ainsi à restaurer les bonnes incitations chez certains agents en introduisant des mécanismes qui ressemblent à ceux d'un marché pur. L'entreprise ne manque pas de sagesse et s'inspire d'un bon principe. Les auteurs jouissent d'une connaissance intime des rouages institutionnels. On ne peut douter que l'adoption de leurs consignes vaille une amélioration au régime.

Leur contribution incontestable à la connaissance des processus canadiens suscite deux questions de fond. La première, commune à la plupart des réformes proposées du financement et de la production publique, s'exprimerait en une phrase : Si les incitations associées traditionnellement au fonctionnement d'un marché sont si souhaitables, pourquoi se contenter d'imitations ? Les auteurs favorisent très lucidement l'injection d'*incentives* plus favorables, de formules substituts qui alignent plus directement les incitations des patients et des offreurs sur les exigences d'efficacité, sans opter pour la formule qui les inspire toutes, c'est-à-dire l'instauration d'un régime de marché explicite ? C'est leur souci de réalisme et du politiquement possible qui manifestement les inspire, tout autant que leur convictions en tant qu'économistes.

Par ailleurs, la démarche ambitieuse qu'ils font pose une autre question de plus grande envergure encore. Quelle est la structure optimale d'une industrie comme celle de la santé et surtout comment procéder pour la découvrir et l'implanter ? Comment se fait cette intégration dans un marché ? C'est le prix et la perspective de profits qui animent l'entrepreneur et l'amènent à se régler constamment sur les préférences, sur les technologies nouvelles, sur les modes de production et d'organisation les plus efficaces. Or ce processus de « destruction

créatrice » a été banni de l'industrie hospitalière. On a supprimé les choix individuels et la production privée; on a supprimé le profit qui est la récompense de l'innovation; on a criminalisé le capital privé, et on déplore ensuite que le régime de santé manque de fonds et d'investissement, qu'il ne soit pas novateur.

L'analyse et l'histoire ont démontré que le « *command and control* » d'une industrie entière, à la façon de l'ex-Union soviétique, relève de ce que le Lauréat Nobel Hayek appelait le *fatal conceit*, l'illusion, la prétention fatale – la prétention toute cartésienne de croire qu'une organisation centrale, fut-elle démocratique, soit capable d'obtenir toute l'information nécessaire pour intégrer les milliards de relations que cette tâche comporte –, la prétention de croire qu'on peut par des directives centrales aux filiales, aux administrateurs, reproduire le dynamisme de l'entreprise novatrice et efficace.

Sous le régime actuel, l'organisme central doit intégrer chaque hôpital de la province dans son schéma, prévoir les besoins de chaque région pour la prochaine génération, planifier l'ouverture et la fermeture de centaines d'installations, le tout en s'appuyant sur des modèles d'ordinateurs, sur des prédictions et autres mécaniques tirés de l'arsenal des planificateurs.

Prélèvement de primes d'assurance publique

S'offre aussi une autre voie : le prélèvement de primes supplémentaires d'assurance versées au régime public monopole, uniformes ou liées au revenu. C'est l'une des formules retenues par le gouvernement albertain à la suggestion du rapport Mazankowski. On comprendra que le prélèvement ou l'alourdissement des primes sont des formes de prélèvement fiscal qui affecteraient la distribution du fardeau, mais qui n'affecteraient pas les incitations qui s'exercent sur les patients-consommateurs et les autres agents producteurs du système. Dans la mesure où la prime n'est aucunement liée à l'usage des services, la formule doit être perçue comme une modalité du régime fiscal général, une sorte de capitation, plutôt qu'un tarif ou un prélèvement sur les services de santé.

Tarification par l'incorporation des services au revenu imposable

Dans une étude préparée par le C. D. Howe Institute (Aba, Goodman et Mintz 2002), trois auteurs proposent d'incorporer partiellement la valeur des services de santé obtenus au revenu imposable de l'individu (ou de la famille) qui les consomme. Plus le fardeau imposé au système par l'individu serait lourd, plus sa contribution au financement serait grande (plafond de 3 % du revenu, de zéro pour les revenus de moins de 10 000 $). Au lieu de prélever un prix unique à tous les consommateurs de services comme le veut la pratique marchande, le prix implicite varierait selon le revenu du bénéficiaire du service. L'économiste désigne cette pratique comme une forme de « discrimination » (sans connotation morale) par le prix, l'élasticité de la demande étant plus faible aux niveaux supérieurs de revenu. Estimant que l'élasticité moyenne varie de 1,7 à 7,0 %, les auteurs calculent une économie globale de services de quelque 6,3 milliards de dollars en 2000. Le produit fiscal du prélèvement (estimé à 6,6 milliards) serait affecté à l'allégement de l'impôt personnel. La formule impliquerait évidemment la mise au point d'une forme de calcul

du coût des services, inexistante actuellement. La création d'un gigantesque *database* pour porter au compte de chaque usager contribuable la valeur des services consommés dans l'année s'imposerait (MacIntosh 2000). Doublée d'une carte à puce ou d'une carte de débit, qui enregistrerait l'étendue de la consommation de chacun, comme le suggère le rapport Mazankowski, cette valeur serait calculée comme revenu imposable (*dummy invoices*).

Tarification par l'octroi de déductions au revenu imposable ou de crédit sur l'impôt à payer

Dans un document présenté à une table ronde organisée par le C. D. Howe Institute à la demande de la Commission, deux analystes (Reuber et Poschmann 2002) évaluent l'incidence sur la consommation et sur les budgets publics de quatre modalités de prélèvement lié à l'usage via le régime fiscal. La première prélèverait un tarif par l'incorporation partielle de la valeur du service au revenu imposable. À cet égard, la formule correspond au régime examiné par Aba, Goodman et Mintz (ci-dessus). La deuxième modalité prévoirait l'octroi à l'usager d'une déduction de son revenu imposable, qui serait réduit de la valeur des services consommés par lui dans l'année. Dans une troisième version, c'est un crédit applicable à l'impôt à payer qui se substituerait à la déduction. On peut voir que cette dernière formule s'assimile dans sa substance au fonds individuel d'épargne santé, en ce que le crédit (disons de 1 000 $) constitue essentiellement une allocation non imposable pouvant servir à éponger les frais des services de santé.

Les auteurs font méthodiquement (dans la mesure du possible à l'intérieur de ce qui peut n'être qu'hypothèses de travail) l'estimation de l'impact de ces différentes versions sur l'usage des services et sur l'économie fiscale par famille de l'Alberta et de l'Ontario.

Les multiples formules examinées susciteraient sans doute une certaine prise de conscience chez les consommateurs, mais ne changeraient rien aux incitations regrettables qui s'exercent sur les offreurs que sont les médecins, les hôpitaux et les autres unités de services, et sur les politiciens eux-mêmes. Elles ne feraient rien pour restaurer les vertus de la concurrence, de l'efficacité et de l'innovation. Elles risquent de donner mauvais goût au principe de la tarification.

Dans la mesure où l'État continue à se réserver le monopole de la production, le tarif ainsi introduit serait un prix politique, et donc arbitraire et dissocié du coût réel des services. À quels services l'appliquer, à quel niveau le fixer, à qui l'imposer ? Les combinaisons et les montants concevables sont infinis. On doit prévoir qu'il servirait à multiplier les faveurs aux clientèles privilégiées. Les frais modérateurs sont en principe supérieurs aux taxes générales, qui constituent des frais d'admission à une brochette indistincte de services, mais à condition de s'accompagner d'allégement fiscal correspondant.

Au-delà de l'opérationalisation, la question de fond que suscite cette formule a trait à son application partielle aux seuls services de santé. Si la formule est efficace dans ce domaine, pourquoi ne pas l'étendre à tous les services divisibles offerts par le secteur public, l'éducation,

les voies publiques ? Pourquoi surtout s'en tenir à des mécanismes imparfaits, à des ersatz du véritable mécanisme qu'on cherche à imiter, le vrai marché ?

II. Principes et valeurs sous-jacents au régime en place

Le rapport intérimaire de la Commission Romanow nous invite instamment à réfléchir sur les valeurs fondamentales associées au régime canadien. En réalité, il n'est pas établi que les valeurs fondamentales diffèrent sensiblement entre les couches sociales du Canada. Tous, semble-t-il, se rallient à l'idée que l'accès universel aux services fait partie des objectifs essentiels. C'est sur les moyens de réaliser cette finalité que les divergences apparaissent.

La *Loi canadienne sur la santé* contient des principes explicites sur la relation entre les fins à rechercher et les moyens d'y parvenir. Elle énonce spécifiquement l'universalité, l'accessibilité, l'intégralité, la portabilité, et l'administration publique. Mais la Loi comporte aussi des principes implicites qu'on pourrait désigner comme les valeurs fondamentales implicites (*core values*) contenues dans les pratiques en vigueur.

Considérations matérielles prétendument inadmissibles ?

Un premier postulat de la Loi et du régime (implicite dans le monopole public de production, la non-tarification et la prohibition de l'assurance privée) pose que les considérations financières ne doivent pas intervenir dans la décision des gens de consommer des services. Cette option repose sur la supposition que le patient est ignorant de ses besoins médicaux et que le traitement médical revêt un caractère strictement professionnel et scientifique.

En tant qu'individus, nous différons les uns des autres dans nos dispositions à prendre des risques avec notre santé. L'immense variété des styles de vie que chacun adopte témoigne de cette diversité. Nous connaissons tous les dangers de la cigarette et d'autres activités, ainsi que les bienfaits de l'exercice régulier, du port de la ceinture, de l'alimentation faible en gras. Et pourtant nombreux sont ceux qui se montrent disposés à prendre des risques pour connaître les plaisirs et le confort d'activités « malsaines », quitte à le regretter plus tard. Peut-être n'est-il pas superflu d'ajouter qu'ici encore l'incertitude est grande sur la relation entre le comportement et le résultat.

Le régime postule aussi la nature scientifique et immuable du diagnostic et du traitement approprié. La procédure médicale deviendrait « médicalement nécessaire ». Or l'incertitude dans laquelle baignent les différentes technologies médicales est universelle. L'essentiel des frais de santé sert à réduire cette incertitude. Tests destinés à clarifier le diagnostic, procédures retenues par l'hôpital pour atténuer les risques du patient, traitements destinés à améliorer les perspectives à long terme du patient, autant de dépenses qui ont toutes pour objet de réduire l'incertitude du consommateur. Ce qu'on achète en santé, ce n'est pas surtout un résultat d'une valeur attendue donnée; c'est la réduction de l'incertitude qui nous accompagnera tout au long de la vie. D'où la naïveté de ceux qui rêvent de la solution technologique ultime. L'incertitude qui préside au choix du traitement exclut donc le traitement standard unique et incontournable.

Le corollaire de cette logique est qu'aussi longtemps que le soin médical implique la pondération de ces différents risques, des individus médicalement identiques choisiront des styles de vie différents, voudront obtenir des traitements différents et se montreront disposés à

affecter des budgets différents au contrôle de ce risque. Les incitations qui s'exercent sur les patients et sur les offreurs de services comptent dans les comportements.

Gratuité, gage de souveraineté de l'usager ?

Un deuxième postulat de la Loi et du régime en place pose que la gratuité formelle, c'est-à-dire la non-tarification, confère la liberté de choix, la souveraineté, la suprématie, l'*empowerment* aux patients-consommateurs. Sans contraintes financières, la population consommerait les services dictés par ses vrais besoins. En réalité, la gratuité restreint le choix et suscite l'irresponsabilité.

Dans notre régime, c'est l'appareil public qui détermine l'allocation des ressources et la capacité du système : le nombre de chambres d'hôpital, de cliniques, d'offreurs de services et la taille des hôpitaux, leur emplacement, l'étendue de leur équipement, l'échelle des traitements et la description des tâches, ainsi que les services qui y seront offerts, le nombre de médecins, décrété excessif en 1990 et insuffisant depuis quelques années et, en fin de compte, les budgets qui seront affectés à la santé.

L'appareil interdit aux patients de contracter avec les médecins et les autres offreurs pour obtenir un MRI, pour acheter de l'assurance et garantir la qualité des services, pour obtenir une appendicectomie d'un hôpital privé.

Ce n'est donc plus l'usager qui décide de ses préférences, du budget ou du traitement; c'est l'appareil politico-bureaucratique par l'imposition de limites physiques à la capacité du système de produire des services. On peut donc dire à cet égard que le régime canadien est constitué des dix gigantesques HMO (Health Maintenance Organizations) que sont les provinces, qui filtrent la composition et l'étendue des services, et jouissent du monopole de production par-dessus le marché.

Gratuité, symbole de compassion ?

Le régime en place postule aussi que la gratuité au consommateur et le transfert du fardeau à la fiscalité générale sont l'expression de la volonté populaire, le symbole de la justice sociale à la canadienne, l'expression du sens de la compassion qui anime l'âme canadienne, en opposition à l'individualisme cruel des Américains.

Le marché, mécanisme d'expression des préférences

De postuler, comme le veut la pensée courante, que le processus politique est l'instrument exclusif et ultime pour révéler la volonté populaire, en matière de santé comme dans d'autres domaines, constitue la grande illusion de la pensée canadienne. Le marché est aussi le reflet puissant des valeurs sociales et il réalise cette finalité en garantissant le progrès économique, seul garant ultime de la réalisation des aspirations populaires. Le marché n'est sous le contrôle de

personne. Il est l'instrument par lequel les millions d'individus libres que nous sommes exprimons nos besoins, non pas les besoins que d'autres voudraient nous imputer. La plus grande satisfaction du soussigné serait d'avoir contribué à convaincre le commissaire Romanow de la fragilité de l'opposition qu'il établit entre marché et intérêt public. « Health care must be governed by the public interest, not markets », aurait-il soutenu (Romanow 2002).

Domination de la majorité

En réalité, l'affection apparente de la population pour la médecine socialisée repose moins sur le noble idéal de la compassion et sur la fidélité aux préférences générales, que sur le souci du grand nombre d'accéder à l'assurance santé illimitée aux frais des autres. Quand les gens appellent à l'alourdissement fiscal pour augmenter la capacité du système, c'est à l'alourdissement des taxes de leurs voisins, perçus comme plus riches qu'eux, qu'ils appellent. C'est souvent en conférant des bénéfices à la majorité sur le dos d'une minorité que la victoire électorale se gagne en régime de scrutin majoritaire. Dans une société où, comme c'est universellement le cas, la distribution du revenu est asymétrique (il y a plus de familles qui font un revenu inférieur à la moyenne qu'il y en a qui font plus que la moyenne), c'est-à-dire où la majorité fait un revenu (46 000 $/année ou moins) inférieur à la moyenne (62 000 $/année), c'est en étatisant de vastes pans de l'activité économique et en recourant au financement public qu'on gagne des élections. La nationalisation de l'industrie de la santé a valu à une majorité de votants un transfert de richesse de plus de 1 500 $ par année, prélevé sur les familles à revenu moyen supérieur (Migué 2001).

Domination des groupes d'intérêt

Le régime repose aussi sur le pouvoir des groupes d'intérêt de se faire octroyer des transferts de richesse par l'État. La majorité est souvent silencieuse. Le décideur public visera à concentrer les bénéfices de ses politiques sur le petit nombre rassemblé dans des coalitions organisées (généralement des producteurs et des syndiqués) et à en diluer le coût sur le plus grand nombre (généralement des consommateurs ou des contribuables). Nous montrons ci-dessous en quoi la monopolisation publique suscite la monopolisation syndicale et le renforcement démesuré du pouvoir des grands syndicats. Ces derniers ne sont pas étrangers au fait que c'est dans des dimensions spécifiques que les dépenses de santé ont le plus augmenté, soit les dimensions les plus favorables à la promotion de leurs intérêts, au détriment par exemple des dépenses d'investissement et de médicaments (MacMahon et Zelder 2002).

Tarification des services, obstacle à l'accès universel ?

Un autre principe implicite incorporé à notre tradition veut que la tarification des services interdise la garantie d'accès à tous. Il s'agit d'un postulat qui contredit la théorie économique et l'observation. Les moins favorisés sont souvent les plus pénalisés par la détérioration du service. L'accessibilité universelle aux services est souvent confondue avec l'accès égalitariste et uniforme.

L'épouvantail du régime à deux vitesses traduit cette vision des choses. L'opposition au régime parallèle pose que les plus fortunés obtiendraient de cette façon des titres prioritaires sur les ressources du secteur. Elle pose aussi que la capacité de produire les services resterait fixe, inchangée, après l'implantation de tarifs. Mais, la richesse, l'activité, la production n'est pas un jeu à somme nulle. Dans une économie productive, l'accès des plus fortunés aux ressources n'enlève rien aux pauvres ni aux autres. En favorisant la croissance d'une capacité *supplémentaire* privée, la plupart des pays sont parvenus à atténuer la pression des coûts sur le régime public. Et ce sont les individus des classes socio-économiques inférieures qui ont souvent le plus gagné à la participation du secteur privé à la production de services. Le prétendu danger d'une évolution vers l'avènement d'un régime « à deux vitesses », où les soins de qualité sont réservés aux gens à l'aise, est un épouvantail, contraire à l'expérience de tous les pays. De bâtir un régime pour répondre aux particularités de 5 à 10 % de la population est la recette infaillible pour frustrer les besoins de tous. Par la concurrence qu'elle suscite sur le réseau public, l'implantation d'un réseau privé exerce aussi des effets bénéfiques d'efficacité sur le réseau public.

Réserve : S'il est vrai que la concurrence forcerait les offreurs à se montrer plus attentifs aux préférences, aux coûts de production et aux innovations, cette concession au bon sens ne changerait pas essentiellement les incitations qui s'exercent sur les agents du réseau public, ni sur les usagers.

Égalitarisme, gage d'équité ?

Ce que les défenseurs du régime en place prônent, ce n'est pas l'accès universel mais l'accès égalitariste. On peut affirmer que l'égalitarisme sous-jacent au régime est immoral, en ce qu'il favorise l'adoption de comportements antisociaux et incompatibles avec l'accès universel. Le régime est manifestement immoral s'il traite également les usagers prudents, consciencieux et disciplinés, et les membres négligents, insouciants et indisciplinés. C'est exactement ce que produit notre système en récompensant cette fraction de la population qui ne témoigne d'aucun souci des conséquences de son mode de vie néfaste sur sa santé. Le tiers de la population canadienne est obèse et impose ainsi un coût de 2 milliards de dollars à ses concitoyens; près du tiers aussi choisit de s'adonner au plaisir de la cigarette. On estime qu'une part importante des épisodes de rhume, de grippe, des maux de gorges et des diarrhées est imputable au peu de souci des gens de se laver les mains aux moments opportuns. Lorsque le temps viendra de recourir aux services de santé publique, les membres du dernier groupe auront autant de chances que les premiers d'accéder aux services.

Monopole public de production, gage d'accès universel ?

Dans un autre mythe largement répandu, on associe généralement l'accès universel à la production en monopole public. Or il n'existe aucune relation entre la finalité recherchée, soit l'accès de tous aux soins indépendamment de la richesse, et d'autre part l'instrumentation mise en œuvre qu'est la production publique monopole. Le financement se dissocie de la production.

Le souci des opposants au régime parallèle est non pas de maximiser le budget santé de la communauté et l'autonomie de l'usager, mais bien le budget public. Cet aboutissement est la conséquence inéluctable de l'allocation à la majorité, combinée au monopole public (Epple et Romano 1996). On sait pourtant que la coexistence d'un régime public et privé élèverait la capacité et les budgets globaux de santé, tout en abaissant la pression sur les budgets publics. Le Canada reste l'un des seuls pays avancés du monde à imposer le monopole public en matière de services hospitaliers.

Monopolisation sectorielle et monopolisation syndicale

L'une des constantes observées dans l'histoire de la monopolisation veut que la cartellisation d'un secteur d'activité par la réglementation ou l'étatisation favorise la monopolisation syndicale, c'est-à-dire l'apparition d'un cartel des acteurs, soucieux de faire contrepoids à la concentration accrue de la structure de production. On prétend parfois que le monopole d'État sert au moins à contrôler les coûts. Les budgets publics ont en effet ralenti leur monté à certaines périodes, mais la composante travail ou budget salarial reste, elle, excessive. L'hôpital canadien moyen affecte environ 75 % de son budget global au salaire, à rapprocher de 55 % dans l'hôpital américain (McArthur 2000). Il convient de souligner cependant que la pratique des administrations publiques canadiennes est de ne pas comptabiliser intégralement l'amortissement des immobilisations. En tout état de cause, le sous-investissement du secteur reste une hypothèse documentée (MacMahon et Zelder 2002).

En même temps, les syndiqués non spécialisés dans les services de santé (entretien, électriciens, plombiers, etc.) touchent des salaires supra concurrentiels, supérieurs à leur contrepartie dans le marché. En comparant les salaires des syndiqués de l'hôtellerie et de la restauration à ceux des syndiqués d'hôpital, on découvre que les ouvriers d'entretien gagnent 17 % plus cher à l'hôpital, les peintres, 31 %, les cuisiniers, 32 %, les laveurs de vaisselle, 16 %, etc. (Esmail 2002).

Les négociations entre le monopole employeur et le monopole syndical donnent lieu à un affrontement constant sur le management et l'allocation des ressources. Les contrats qui en résultent constituent un obstacle permanent au professionnalisme des personnels médicaux et au rendement du personnel. On assiste à la « rigidification » des horaires et des classifications qui gênent la créativité et l'excellence. Les clauses d'ancienneté se substituent à la compétence dans l'avancement. Les règles d'évaluation sont adoucies, quand elles ne sont pas purement absentes et le congédiement pour incompétence exclu. L'échelle des salaires récompense l'âge plutôt que le talent, exclut souvent toute forme d'incitation à l'excellence et interdit à la direction de récompenser l'effort supplémentaire et le succès. Certains analystes estiment même que la production publique devient, dans ce contexte, non pas une activité au service de la population consommatrice, mais plutôt une machine à fabriquer des *jobs* et des conditions favorables aux syndiqués.

III. Régime en place et efficacité

Un régime efficace doit exercer les incitations favorables sur tous les agents du système. Dans les conditions présentes, ce résultat ne s'observe pas.

Incitations sur les patients-consommateurs

La gratuité suscite une demande excessive et inefficace de services, pouvant aller jusqu'à 45 %. Une hausse de 1 % des déboursés s'accompagne d'une baisse de 0,2 % de la consommation. (Enquête menée par la Rand Corporation [Newhouse 1993 ; Manning et coll. 1987] de 1971 à 1982, et mise à jour par M. Eichner [1997].) Les analystes retiennent, comme niveau d'élasticité de la demande, des valeurs qui vont de 0,2 à 0,7 (Aba, Goodman et Mintz 2002, p. 5). La dimension significative de ces résultats est que l'impact de la baisse de services sur la santé des patients tarifés reste nul. Les études du ministère de la santé américain confirment également que les personnes âgées jouissant de l'assurance publique *Medicare* et qui s'assurent en même temps par ce qu'on désigne le *Medigap*, dépensent 28 % de plus en frais médicaux qu'elles ne le feraient autrement.

Le caractère déterminant et souhaitable des considérations matérielles est aussi établi par le succès phénoménal de ce qu'on a qualifié de plus grande innovation institutionnelle médicale du XXe siècle : le *managed care* aux États-Unis. Pour être parvenu à intégrer dans une même démarche la production de services et l'assurance santé, le *managed care* a réussi à freiner les dépenses de santé et les abus des usagers. Ce régime réalise des économies variant de 10 à 40 % relativement aux plans d'assurance traditionnels, et il le fait sans compromettre la qualité des soins (Dranove 2000).

Incitations sur les médecins

Le régime de rémunération unique imposé aux médecins par le régime centralisé n'est pas de nature à atténuer la tentation des patients d'abuser du système. L'enquête Rand, de même que l'étude de Dranove (2000) sur les HMO révélaient que, dans les organisations de *managed care* qui prévoient la rémunération fixe des médecins, le budget de dépenses de santé par patient diminue de 28 %, relativement au régime de rémunération à l'acte. Le nombre d'admissions à l'hôpital et de jours d'hospitalisation baisse de 40 %. Et sans impact notable sur la santé respective des patients de chacun des régimes. Le régime incite le médecin à multiplier les tests de laboratoire dans son souci légitime de minimiser les risques. Le mode de rémunération ne favorise pas non plus la concentration du temps des médecins à la prévention et à l'adoption d'un mode de vie plus sain par le patient.

Incitations sur les hôpitaux, les unités de services

Nous avons fait ressortir le caractère illusoire de réformes purement managérielles, en l'absence d'incitations appropriées sur les gestionnaires d'hôpitaux.

IV. Frais d'administration du régime actuel et du régime optimal

Un régime à payeur unique est formellement plus simple; il implique moins de « brassage de papier ». La suppression de la concurrence partout simplifierait l'administration. Il en coûterait moins cher au distributeur d'essence s'il ne se trouvait qu'une station-service par quartier ou région, moins cher au supermarché, s'il n'existait qu'une variété de petits pois. Il en coûte vraisemblablement moins cher à la Société canadienne des postes. Pourtant, le dossier général des entreprises publiques ne laisse place à aucun doute de la performance relative des deux systèmes.

Que le régime américain suscite des coûts administratifs supérieurs n'est pas contesté (Canada : 0,11 % du PIB; États-Unis : 0,59 %). Le fait est que l'administration d'un monopole public (santé, éducation, poste) n'implique pas les mêmes activités administratives ni ne poursuit les mêmes buts qu'un ensemble d'entreprises concurrentielles. Songeons, par exemple, aux efforts d'information et de réclame déployés pour l'emporter dans la course concurrentielle. D'autres initiatives heureuses du régime concurrentiel consistent à suivre de plus près l'évolution des coûts, du gaspillage et des dédoublements. Les données cliniques sont aussi plus abondantes et servent à abaisser les dépenses de santé. En fait, il est connu que le Canada manque d'information sur l'utilisation des services cliniques et sur leur contribution à la santé des gens.

La minimisation des coûts administratifs n'est pas la finalité unique, ni même principale du régime. C'est l'efficacité générale du système qui importe.

V. Avenue prometteuse : caisses individuelles d'épargne santé ou son équivalent, le crédit d'impôt

Une fois le jugement accepté que le régime est difficilement récupérable dans sa forme actuelle, on peut songer à introduire des mécanismes, des incitations qui fassent que les agents du système en viennent à faire un usage plus économique des ressources qui seront affectées à la santé, et en même temps ouvrir l'industrie à la concurrence. En santé comme en tout autre domaine, les incitations comptent.

Les exigences d'efficacité et de sensibilité aux patients convergent vers une formule supérieure et qui concilie l'ensemble des finalités recherchées : l'accumulation par les individus de fonds personnels d'épargne santé non imposables ou financés par les budgets publics.

Le Consumer Policy Institute (2000)[1] et d'autres (dont Reuber et Poschmann 2002, le rapport Mazankowski et également le commissaire Romanow dans une entrevue au *National Post*) proposent l'octroi par le gouvernement aux individus et aux familles d'allocations publiques de santé (vouchers) qui varieraient suivant l'âge, le sexe et l'état de santé. L'allocation réservée aux très jeunes et aux très âgés serait plus forte en considération de leurs besoins plus grands de soins. L'allocation individuelle pourrait au départ être égale à une fraction de ce qu'il en coûte aujourd'hui pour les individus appartenant aux différents groupes d'âge, de sexe et d'histoire médicale. Supposons que l'allocation soit de 1 800 $. Les premiers 1 800 $ de frais effectifs seraient couverts par l'allocation. Les prochains dollars seraient à la charge des patients, jusqu'à un niveau à déterminer, au-delà duquel l'assurance catastrophe, publique ou privée, entrerait en jeu.[2] Le surplus non utilisé s'accumulerait en prévision de déboursés ultérieurs ou serait transférable à un fonds d'épargne retraite. Il pourrait aussi servir à l'achat de services de santé non assurés par le régime, tels les services dentaires, les médicaments ou les soins à domicile.

On comprend à la lumière de cette description que le fonds d'épargne santé financé par l'État équivaut à l'octroi d'un crédit d'impôt, en ce que ce crédit constitue une forme d'allocation non imposable pouvant servir à couvrir les soins de santé. Tous les contribuables dans cette version de la formule recevraient un crédit, disons de 1 800 $, mais dont la valeur finale serait diminuée du montant des services de santé consommés dans l'année. Ce crédit constitue donc une forme d'allocation non imposable pouvant servir à couvrir les soins de santé. Cette version de l'allocation publique offre aussi l'avantage administratif de s'intégrer plus facilement au régime fiscal existant.

---

1 Les travaux techniques ont été faits par la firme d'actuaires internationale Milliman and Robertson. Les calculs d'économies sont fondés sur des données canadiennes.

2 Rien n'interdirait que les fonds servant à alimenter la caisse de chacun proviennent de l'épargne de chaque individu ou de chaque famille et servent à bâtir un fonds d'épargne santé non imposable, semblable aux régimes actuels de fonds enregistrés d'épargne retraite. Il se pourrait dès lors que la contribution soit interprétée comme une forme de tarification susceptible d'entrer en conflit avec la *Loi canadienne sur la santé*.

Évaluation

La dimension essentielle de cet aménagement est que le fonds appartient à l'individu et qu'ainsi il est le bénéficiaire ultime de la parcimonie avec laquelle il aurait géré son fonds de santé ou son crédit d'impôt. Inutile de préciser que cette forme de partage des coûts peut facilement s'adapter aux contraintes des individus à faible revenu, puisque la franchise peut être réglée sur le revenu des familles.

Avec le temps et grâce aux incitations qui s'exerceraient sur les usagers, le grand nombre réaliseraient un solde positif à leur compte, particulièrement ceux qui y trouveraient une raison supplémentaire de prendre meilleur soin de leur santé. L'économie qui s'ensuivrait pourrait être partagée entre le trésor public et la famille parcimonieuse. À mesure que le jeu des incitations sur les usagers et les offreurs comprimerait les budgets, l'allocation annuelle déclinerait donc, pour produire des économies de l'ordre de 6 milliards de dollars au Canada (Consumer Policy Institute 2000). Reuber et Poschmann (2002) adoptent l'hypothèse d'un crédit d'impôt égal à la moitié du budget de santé moyen par famille (p. 20). (Rappelons que cette variante équivaut dans leur calcul à l'implantation d'un fonds d'épargne santé.) Globalement ils estiment à 5,5 % la baisse de consommation de services qui s'ensuivrait en Ontario et en Alberta, représentant une économie fiscale de quelque 60 $ par famille dans ces provinces (Tableau 1, p. 25).

L'aménagement élargirait le choix de services pour l'ensemble des familles, tout en suscitant d'importantes économies. Le dossier Rand et les estimations qu'on a de l'élasticité de la demande (Reuber et Poschmann 2002, p. 5) garantissent que, contrairement aux craintes des critiques, le souci d'économiser par les consommateurs ne susciterait pas la sous-utilisation des services, mais plutôt son optimisation. La formule offre la possibilité de sauvegarder l'universalité du régime, tout en maintenant la sensibilité aux préférences des usagers et la soumission aux règles du marché. En même temps, l'accessibilité générale qu'elle garantit protège le trésor public contre le risque concevable de faillite.

Dans leur survol de la question des caisses individuelles d'épargne santé, Donaldson, Currie et Mitton (2001, p. 18-19) font état de l'impact minime sur les budgets globaux de santé. Dans l'ensemble, les auteurs mettent en doute le rôle déterminant du consommateur dans la demande de services et donc le degré de surconsommation propre aux régimes de gratuité (y compris la formule d'assurance privée traditionnelle). Ces analystes ne manquent pas de concevoir des limites à la formule et de souligner l'opportunité de procéder par expérimentation. On ne saurait s'opposer à la sagesse de cette consigne. La signification de la formule dépendrait, bien sûr, des modalités de son application. Les études empiriques canadiennes (Aba, Goodman et Mintz 2002, ainsi que Reuber et Poschmann 2002) peignent un tableau plus positif de l'impact auquel on peut s'attendre.

Le coût administratif initial principal de la formule serait l'obligation d'établir une comptabilité méthodique du coût unitaire des services, ceux des hôpitaux publics en particulier. Ces données n'existent pas en général, sauf en ce qui a trait aux services des médecins. Les actuaires associent souvent la caisse d'épargne santé à l'émission d'une carte de débit électronique, qui permette à chacun de savoir avec précision le montant dont il dispose pendant l'année courante et aussi les sommes qu'il aurait d'investies à partir des économies d'années

antérieures. La carte de débit faciliterait en même temps le calcul du coût de chaque patient dont, en particulier, les coûts des patients dotés d'une piètre santé. Car dans le cas particulier de ces derniers, l'allocation devrait aussi être suffisante pour leur permettre de réaliser le même type d'économies que le reste de la population (une année sur trois, selon le calcul des actuaires). Autrement, ils n'éprouveraient aucune incitation à gérer sagement leur fonds, comme par exemple de visiter le médecin général plutôt que l'urgence, ou de modifier leur style de vie en matière d'alcool, de cigarette ou d'exercice physique.

C'est dans les couches de population les moins fortunées que la formule est le plus populaire (70 % parmi ceux qui gagnent moins de 30 000 $ par année). La faveur dont jouit le concept chez les moins à l'aise découle du gain que ces couches sociales lui associent en matière de relation patient-médecin (Solomon 2002). Les gens à faible revenu sont moins à l'aise avec le médecin, parce qu'ils ont le sentiment de ne pas attirer l'attention qu'ils méritent, parce qu'ils se sentent en relation de dépendance. La caisse d'épargne santé leur offrirait la possibilité d'établir une relation plus égalitaire avec le médecin. De plus, la formule leur donnerait le pouvoir d'avoir accès aux médicaments et autres services que le régime actuel exclut.

Le principe des caisses d'épargne santé (ou du crédit fiscal) est généralement associé à la meilleure expression de la demande, en ce qu'il suscite des incitations à l'économie chez les usagers. En réalité, il insère la dynamique marchande dans le calcul de tous les agents, même à l'intérieur d'un régime de financement public. Les offreurs de services publics et privés, dont les médecins, ainsi que les hôpitaux et autres unités de services, recevraient leur financement des patients, mais indirectement du gouvernement. En ce sens, la formule offre l'avantage de ré-introduire la concurrence et de rendre les offreurs responsables auprès de ceux qui importent, les patients-consommateurs. Elle influe sur l'offre tout autant que sur la demande. Comme le confirme l'opposition irraisonnée des syndicats du secteur public à cet aménagement, l'un des bienfaits indirects de la formule serait de circonscrire le pouvoir des groupes d'intérêt syndiqués.

En sous-produit, l'économie générale et la croissance y gagneraient, en ce que le taux d'épargne augmenterait. Cette heureuse incidence ne découlerait pas du seul allégement fiscal, mais de ce qu'à mesure que les *baby boomers* atteindraient l'âge de forte consommation, ils seraient spontanément amenés à prévoir une allocation grandissante à ce poste. On doit même prévoir que le régime évoluerait tout naturellement au détriment des soins intensifs et en faveur des soins aux plus âgés, en faveur des soins à domicile.

Expérimentation

La formule s'avère répandue dans des économies aussi diverses que Singapour, la Chine, l'Afrique du Sud et les États-Unis. Les Américains ont déjà amorcé des expériences de cette formule à la fois au niveau public et au niveau des entreprises. Elle a servi à réconcilier une large fraction des employés américains avec la grande révolution institutionnelle qu'a été le *managed care*, que le théoricien Richard Epstein qualifie de plus grande révolution institutionnelle du XX^{e} siècle dans le domaine médical (Epstein 1997). Le *managed care* a été créé spécifiquement pour freiner les dépenses de santé et pour offrir l'assurance santé à moindre coût. Sa vertu tient du fait

d'être parvenu à intégrer dans une même démarche la production de services et l'assurance santé tout en sauvegardant la concurrence (Dranove 2000).

L'évolution récente aux États-Unis révèle cependant que le *managed care* seul ne réussit plus aussi bien à freiner la montée des coûts. Les médicaments d'ordonnance font désormais partie des plans d'assurance des entreprises. Le *backlash* des consommateurs contre les contraintes imposées par la formule ont amené les employeurs à relâcher certaines d'entre elles.

En réaction à cette évolution, un nombre grandissant d'employeurs américains ont introduit une formule qui confère aux employés une plus large responsabilité envers le type de services qu'ils consommeront et leur financement. On donne à cette formule le nom d'assurance santé à « bénéfices définis », mais elle s'assimile de près aux caisses individuelles d'épargne santé. L'employeur verse à l'employé, disons, 1 000 $ (2 000 $ s'il a des dépendants), dans un compte de soins personnels (*Medisave)*. L'employé puise dans ce fonds pour régler ses dépenses régulières de soins. Au-delà de 1 000 $ et jusqu'à disons 1 500 $, les déboursés sont assumés par l'employé lui-même. Par la suite, l'excédent de 1 500 $ est pris en charge par l'assurance catastrophe. L'une des caractéristiques de la formule est que toute somme non dépensée est reportée à une année ultérieure et peut servir à couvrir la franchise. Les sociétés qui ont eu recours à cette formule ont connu la stabilisation, souvent même la compression, de leurs frais d'assurance, contrairement à leurs homologues régies par l'assurance conventionnelle. Dans son dernier budget, le Président des États-Unis alloue 14 milliards de dollars à la promotion et au financement de cette formule sous forme d'exemptions fiscales aux individus qui la choisiraient.

Depuis au-delà de dix ans, la formule est en vigueur dans une petite île du Pacifique, à Singapour. Les résultats ne manquent pas d'être favorables si on en juge par la performance générale du régime. Personne dans ce pays n'est privé de soins. Les listes d'attente sont inconnues et les équipements les plus *high tech* sont universellement répandus. Le budget national de la santé, en pourcentage du PIB, ne dépasse guère le tiers de celui du Canada. Il faut dire à cet égard que le régime de Singapour est particulièrement exigeant : l'assurance catastrophe est laissée à l'initiative de l'usager; il n'y a pas de plafond aux coûts assumés par l'usager au-delà de l'allocation publique et le traitement de faveur réservé aux faibles revenus n'est pas automatique.

La formule est promise aux Albertains par leur Premier ministre, proposée dans les rapports Mazankowski et incorporée aux réflexions du commissaire Romanow.

VI. Compatibilité avec la *Loi canadienne sur la santé*

La rupture totale avec les dispositions de la *Loi canadienne sur la santé*, bien qu'en principe désirable, comporte des retombées politiques incalculables. La signification de la Loi est plus symbolique que contraignante. Tout premier ministre provincial craint les foudres de ses électeurs plus que les sanctions fédérales pour avoir enfreint l'une ou l'autre disposition de la Loi. De toute façon, la part fédérale des dépenses provinciales de santé ne dépasse plus guère les 15 %.

Pour la première fois dans les temps récents, l'opinion s'exprime, même de la bouche des porte-parole officiels dont celle de la Ministre de la Santé, en faveur d'une ré-interprétation du sens de la *Loi canadienne sur la santé*. Est-il possible qu'un mécanisme comme le prix, la concurrence et le choix du consommateur puisse se concilier avec les exigences de la Loi ? Le principe d'administration publique serait-il inconciliable avec la réinsertion de la concurrence entre les offreurs ?

En réalité, il semble bien que rien dans la Loi n'interdise aux provinces de pratiquer le *contracting-out* à des fournisseurs privés. L'aménagement actuel est explicitement fondé sur le principe de la production privée. En fait, ce principe est déjà largement incorporé à la pratique actuelle en matière de services de médecins, de services à domicile, de tests de laboratoire, de fournitures médicales et d'alimentation dans les institutions publiques. C'est le financement qui depuis les origines du régime public provient du trésor public. L'appel aux offreurs privés est donc généralisé. La présence d'un secteur privé constitue le statu quo. La production et le financement sont deux modalités distinctes. Ce qu'on vit au Canada, c'est largement la production privée et le financement public. La production privée à 100 % serait parfaitement légale à l'intérieur du régime en place.

D'autre part, l'interprétation (de la loi nationale) s'avère grandement élastique. Le Premier ministre de l'Alberta peut annoncer l'implantation de toutes les réformes incorporées au rapport Mazankowski, dont quelques-unes radicales, tout en jurant que ces mesures restent conciliables avec la *Loi canadienne sur la santé*. Son but ultime est de dissocier l'interprétation de la Loi de son auteur, le gouvernement fédéral. Il va même jusqu'à proposer l'institution d'un mécanisme fédéral-provincial d'interprétation, ce qui reviendrait à l'administration conjointe de la Loi. De son côté, le commissaire Romanow reconnaît que les cinq principes explicites de la loi actuelle sont allègrement enfreints dans les pratiques provinciales courantes.

L'implantation d'un régime de fonds d'épargne santé financé par le trésor public n'entre vraisemblablement pas en conflit avec les principes d'universalité, d'accessibilité, de portabilité ou d'administration publique, puisqu'il ne s'agit que de modalités de financement public destinées à susciter la conscience des coûts chez les usagers et les offreurs. Dans sa version financement par les fonds publics, elle ne prélève pas de tarifs directement sur les usagers.

Le prélèvement direct de tarifs pour services « médicalement nécessaires » (ou le financement des fonds d'épargne santé par les individus et les familles elles-mêmes) soulèverait sans doute des difficultés particulières en ce qui a trait au principe d'administration publique. Mais même cette formule laisse place à l'interprétation. Le fait est que les provinces ont

systématiquement procédé à ce recours dans le passé par le truchement indirect du délestage de services assurés. Nombre de provinces, dont l'Alberta, promettent de s'engager plus avant dans cette voie. En fait la Loi ne définit nulle part la notion d'intégralité.

VII. Conclusion

Les deux principaux déterminants du budget de santé au XX^{e} siècle ont été la poussée du nombre de personnes d'âge avancé et l'avance explosive des technologies médicales. Le rôle de ces deux variables n'est manifestement pas appelé à diminuer. Or l'expérience universelle confirme que là où on offre gratuitement à tous des ressources rares, le système finit par s'effondrer. On l'a observé dans les pêcheries, dans les rues et les routes aux heures de pointe. Aujourd'hui, c'est au tour du régime de santé de flancher sous le coup des abus inhérents au système.

L'histoire et l'analyse offrent deux fondements à cette interprétation. D'abord le souci de redonner à l'usager la liberté de choisir la composition et la qualité des soins qui lui conviennent, plutôt que de conférer cette tâche à l'appareil politico-bureaucratique. À cet égard, la concurrence est la seule garantie que les incitations de toutes les parties donneront lieu à la production de services au coût minimum possible.

Deuxième fondement : le mécanisme politique ne dispose pas de l'information dont dispose le marché pour exercer la tâche d'aménager l'industrie de la santé. Même dotée d'une information parfaite, l'intervention publique est inévitablement biaisée par la domination des groupes d'intérêt, fussent-ils majoritaires. Aucun appel au dépassement managériel ne saurait nous protéger contre cette pathologie de la logique politique. L'ensemble des interventions publiques, sous-tendu par le postulat fragile et louche du droit à la santé, menace le bien-être de ceux même qu'il prétend protéger. L'assurance inconditionnelle d'obtenir les soins, y compris pour les plus fortunés, favorise l'adoption de comportements malsains et gonfle les coûts. Ce sont ultimement les jeunes, les personnes responsables et les gens en santé qui écopent du fardeau en taxes écrasantes. En alourdissant le fardeau fiscal pour tous, la médecine étatique ralentit la croissance à long terme, qui historiquement est à l'origine de l'amélioration de la santé générale, particulièrement chez les moins fortunés d'entre nous.

Compte tenu de l'analyse et de l'histoire récente, le choix du consommateur ne saurait être rétabli sans l'implantation d'une forme quelconque de fonds individuel d'épargne santé (ou son équivalent fiscal). Combinée à une forme de *managed care,* qui intègre à la fois l'assurance santé et la production de services raisonnables, la caisse d'épargne santé (ou le crédit d'impôt) est à la fois le plus équitable et le moins arbitraire des aménagements concevables.

Références

Aba, Shay, Wolfe D. Goodman et Jack M. Mintz. 2002. *Funding Public Provision of Private Health: The Case for a Copayment Contribution through the Tax System.* C. D. Howe Institute Commentary 163, Toronto.

Blendon, Robert. 2000. Harvard School of Public Health. Étude condensée dans *The National Post,* 12 octobre 2000, p. A1.

Canada. Sénat. 2002. Rapport intérimaire du Comité sénatorial permanent des Affaires sociales, des sciences et de la technologie. Vol. trois : *Les systèmes de soins de santé dans d'autres pays*. Ottawa, janvier.

Canadian Institute for Health Information. 2001. *Health Care in Canada 2000.* Ottawa.

Coffey, J. E. et Jacques Chaoulli. 2000. *Le choix privé universel*, Institut économique de Montréal, Montréal, septembre, p. 9-12.

Consumer Policy Institute. 2000. *Feasibility of Health Care Allowances in Canada.* Toronto.

Donaldson, Cam, Gillian Currie et Craig Mitton. 2001. *Integrating Canada's Dis-Integrated Health Care System: Lessons from Abroad*, C. D. Howe Institute, Toronto.

Donaldson, Cam, Craig Mitton et Gillian Currie. Janvier 2002. *Managing Medicare.* C. D. Howe Institute, . Toronto.

Dranove, D. 2000. *The Economic Evolution of American Health Care.* Princeton.

Eichner, M. 1997. *Incentives, Price Expectations and Medical Expenditures.* Columbia University Business School, New York.

Epple, D. et R. E. Romano. 1996. Public Provision of Private Goods. *Journal of Political Economy* 104(1), 57-84.

Epstein, Richard A. 1997. *Mortal Peril.* Addison-Wesley, New York.

Esmail, Nadeem. 2002. Labour Costs in the Hospital Sector Revisited. *The Fraser Forum*, janvier, p. 31-32.

MacIntosh, Robert. 28 juillet 2000. Use Prices to Fix Health Care. *Financial Post,* p. C15.

Mackenbach, P. 2002. Income Inequality and Population Health. *British Medical Journal*, 5 janvier.

Maclean's/Global Poll. 18 décembre 2000. *National Post*, p. A1.

Manning, W. G. et coll. 1987. Health Insurance and the Demand for Medical Care: Evidence from a Randomized Experiment. *American Economic Review* 77, 251-277.

McArthur, William. 28 janvier 2000. *The Wall Street Journal*, p. A19.

McMahon, F. et M. Zelder. 2002. *Making Health Spending Work,* dans l'ouvrage publié sous la direction de David Gratzer, *Better Medicine: Reforming Canadian Health Care*. ECW Press, Toronto.

Migué, J.-L. 2001. *Le monopole de la santé au banc des accusés.* Éditions Varia, Montréal, p. 47-61.

National Post. 28 octobre 1999. Heart Attacks More Likely to Kill Poor People, p. A1. (Condensé d'une étude du *New England Journal of Medicine*)

Newhouse, J. P. et The Insurance Experiment Group. 1993. *Free for All? Lessons from the Rand Health Insurance Experiment.* Harvard University Press, Cambridge.

North American Association of Central Cancer Registries. 2001. *Report Card 2000.* Springfield, Ill.

Organisation de coopération et de développement économiques. 2001. *OECD Health Data 2001: a Comparative Analysis of 29 Countries.* OCDE, Paris.

____. Juin 2001. *Economic Outlook.* OCDE, Paris.

Reuber, Grant L. et Finn Poschmann. 2002. « Increasing Patient Incentives to Improve the Financial Stability of the Health Care System ». Texte présenté à une table ronde, C. D. Howe Institute, Toronto.

Robson, William. 2001. *Will the Baby Boomers Bust the Health Budget?* The C. D. Howe Institute, Toronto.

Solomon, L. 12 février 2002. Medical Savings Accounts Would Benefit All Canadians. *The Financial Post*, FP15.

____. 4 juillet 1998. Empowerment to the People, *The Globe & Mail*, p. D6.

Statistique Canada. 2001. *National Population Health Survey 1994-95.* Ottawa.

Walker, M. et G. Wilson. 2001. *Waiting Your Turn: Hospital Waiting Lists in Canada (11th ed).* The Fraser Institute, Vancouver.

Zelder, Martin. Août 2000. The Myth of Underfunded Medicare in Canada, *The Fraser Forum*.

Entrevues

Romanow, R., commissaire, Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada.7 février 2002. Medicare : My Thoughts So Far. *National Post,* A16.

____. 7 février 2002. Money alone not the answer. *National Post,* A4.